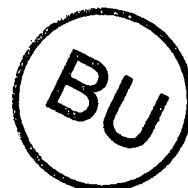


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA - INT 5134



ESTRESSORES E ENFRENTAMENTOS DE INDIVÍDUOS  
EM CONDIÇÃO CRÔNICA DE SAÚDE - UMA PROPOSTA  
DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM  
DIABETE MELITO.

N.Cham. TCC UFSC ENF 0180

Autor: Florêncio, Adriana

Título: Estressores e enfrentamentos de



972496936 Ac. 24/10/24

Ex.1 UFSC BS CCSM CCSM

ADRIANA FLORÊNCIO

MARGARIDA DA SILVA MATTOS

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0180

Ex.1

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 1992.

SUPERVISORA: DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA  
ORIENTADORA: SORAYA BAIÃO MARAGNO

"Somos, ao mesmo tempo,  
tão grandes e tão pequenos,  
príncipes e plebeus.  
Ricos e pobres.  
Divinos e humanos.  
Céu e terra, misturados  
numa realidade única:  
a Criatura Humana."

(A. Adesaint-Exupery - P. Príncipe).

## AGRADECIMENTOS

As clientes e familiares pela oportunidade que nos proporcionaram para desenvolver nossa proposta.

A Supervisora Mestra em Enfermagem Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva pela dedicação, apoio e carinho dispensados.

A Orientadora Enfermeira Soraya Baião Maragno ao se manifestar disposta a nos acompanhar no decorrer do nosso estágio.

A todos os funcionários e demais profissionais que atuam no setor da Clínica Médica Feminina do Hospital Universitário pela atenção, apoio, carinho e receptividade que contribuíram para tornar possível o estágio e enriquecer ainda mais nossos conhecimentos.

Agradecemos a todas as pessoas que sempre fizeram parte de nossas vidas nos proporcionando segurança, incentivo e apoio nos momentos de dificuldades, em especial a nossos pais filha, irmãos, amigos e a Deus por fazer parte de nossas vidas, nos dando forças na realização deste, principalmente para enfrentar os obstáculos encontrados.

## SUMÁRIO

I - INTRODUÇÃO .....	01
II - OBJETIVOS .....	06
III - MARCO TEÓRICO .....	07
IV - METODOLOGIA .....	09
Descrição do Local de Estágio .....	09
População Alvo .....	11
Plano de Ação .....	11
Cronograma .....	16
V - RESULTADOS .....	17
Objetivo 01 .....	17
. Estratégia 1.1 .....	17
. Estratégia 1.2 .....	21
. Estratégia 1.3 .....	23
Objetivo 02 .....	31
. Estratégia 2.1 .....	31
Objetivo 03 .....	39
. Estratégia 3.1 .....	39
Atividades desenvolvidas e não planejadas .....	43
VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	48
VII - RECOMENDAÇÕES .....	50
VIII - BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA .....	51
APÊNDICES	

## I - INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como finalidade relatar e avaliar o desenvolvimento da proposta de assistir a cliente em condição crônica de saúde, portadora de diabetes melito (DM), atendendo aos objetivos da disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada, ministrada na 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

O trabalho foi desenvolvido na Clínica Médica Feminina (CMF) do Hospital Universitário (HU) da UFSC, no período de 16/09 a 18/11/1992, com uma carga horária de 220 horas de atividades práticas.

Para nortear a assistência prestada escolhemos o marco conceitual do Núcleo de Convivência em Condições Crônicas de Saúde (NUCRON), vinculado a UFSC;

O interesse por este tema surgiu pelo fato de considerarmos que o estudo da problemática do DM nos dá uma ampla visão do indivíduo, envolvendo tanto os aspectos físico quanto emocional e psico-social abrangendo uma vasta área do conhecimento teórico-científico. Também nos incentivou a vontade de termos a experiência de colocarmos em prática um novo marco conceitual para aprofundar a prática de enfermagem, para completar a nossa formação acadêmica e o fato de acreditarmos que uma assistência de enfermagem planejada e voltada para as necessidades reais do indivíduo, pode contribuir para melhorar a qualidade de vida.

O DM é uma doença tão antiga quanto a própria humanidade. Um relato da evolução dos conhecimentos sobre esta ve

lha condição mórbida foge aos limites deste trabalho. De um modo geral, a prevalência do DM vem aumentando nas últimas décadas, em quase todos os países. Isto decorre de uma série de fatores, entre os quais podem se destacar mudanças no estilo de vida (sedentarismo, urbanização, modernização, novos hábitos alimentares por exemplo), aumento da média de vida da população e aumento da sobrevida dos diabéticos, decorrente de melhores cuidados de saúde que eles vem recebendo.

O documento elaborado por RIBEIRO et alii (1987), intitulado "Controle das doenças crônico-degenerativas na rede de serviço de saúde" apresentou alguns dados que também evidenciaram a crescente importância das doenças crônico degenerativas no Brasil. O documento apontou um declínio da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias que eram predominantes nas décadas de 30 a 60, e de forma inversa, houve um aumento das doenças crônico-degenerativas: as doenças do aparelho circulatório, que em 1930 representaram 11,8% da mortalidade nas capitais do país, em 1980 já constituíam não menos do que 30,8% do total de óbitos. As neoplasias que em 1940 eram responsáveis por 2,7% dos óbitos, em 1980 foram responsáveis por 11,2%. Em conjunto, as doenças cardiovasculares, o câncer e o diabetes melito foram responsáveis em 1980 por 261.000 óbitos, representando 34,8% do total registrado. Houve portanto uma inversão da causa de morbimortalidade da população brasileira.

Em Florianópolis, foi realizado um estudo por TRENTINI et al (1988) com o objetivo de verificar a ocorrência de doenças Crônico-degenerativas em indivíduos atendidos nas instituições de saúde do município. Os resultados mostraram que as doenças de maior ocorrência foram as doenças cardiovasculares (50,8%), as respiratórias (12,1%), as neoplasias (9,0), e o diabetes melito (8,9%), sendo que os mais atingidos foram o sexo feminino (55,0%) e o grupo etário de 61 a 70 anos (20,7%).

Segundo levantamento realizado por nós no HU, referen

te as internações realizadas na CMF nos meses de março a agosto de 1992, através de dados colhidos no livro de registro do setor, obtivemos as seguintes informações:

- das 260 internações ocorridas neste período, 33 foram por DM associado a outras patologias representando 12,6% das internações ocorridas;
- a faixa etária mais atingida foi a de 48 a 77 anos. O tempo de permanência de internação hospitalar destes clientes variou de 03 a 40 dias, quanto ao destino 24 clientes obtiveram alta, 02 transferências externas, 04 óbitos e 03 permaneceram internadas;
- de acordo com a procedência, 17 advém da ilha, 03 do Continente e 13 de outros municípios;
- em relação a categoria, todos são conveniados pelo plano assistencial do INSS.

O impacto social que o DM tem sobre a sociedade é cruel, por um lado, pelas repercussões sociais e econômicas que o mesmo traz consigo (recursos investidos, anos de vida perdidos, perda do potencial de trabalho, entre outros), por outro lado, pelas implicações que o DM acarreta aos clientes e seus familiares tais como: dor, sofrimento, desfiguramento, mutilações, desesperanças, ansiedade, isolamento, incapacidade e morte.

O cotidiano da maioria das pessoas está repleto de experiências estressantes. Entre elas, a doença, seja qual for a sua característica (ou natureza), é, sem dúvida, a mais temida. O diagnóstico médico, na maioria das vezes, é recebido com grande ansiedade, medo, incerteza e insegurança pois os planos do futuro, estão, quase sempre, ameaçados a não acontecer (TRENTINI e SILVA, 1992).

Para Olivieri (1985) a doença constitui uma solução de continuidade violenta entre o viver anterior e o presente, tornando o futuro incerto. Há certas doenças passageiras e outras permanentes, neste caso, a pessoa passa a incorporar



rar a doença no seu processo de viver, isto é, passa a conviver com ela, e portanto, estamos diante de uma condição crônica de saúde.

A condição crônica além de ser por si só uma situação estressante é também fonte de novos estressores incluindo: regime de tratamento, mudanças ocorridas no seu estilo de vida, na sua energia física e aparência pessoal. Estressores podem ter diferentes significados para diferentes pessoas ou grupos. Para muitos, os estressores inerentes a condição crônica podem representar: agressão, futuro incerto, uma barreira, um desafio e pode também significar perda da liberdade, do auto-controle, perda da capacidade física, perda da beleza, de amizades e de atividades sociais (TRENTINI e SILVA, 1992).

Para Armstrong (1987), "enfrentar com diabetes é uma tarefa para o tempo todo, 07 dias por semana, 52 semanas por ano. A pessoa não pode tirar férias da diabetes sem correr o risco de, ao menos temporariamente, prejudicar sua saúde".

Aderência ao regime de tratamento ao diabético traz considerável estresse psicológico na pessoa aflita e chama por numerosos processos de adaptação e enfrentamento. As muitas ambiguidades e incertezas do diabetes formam a base para um número de necessidades que são de natureza imediata ou a longo prazo. Estas necessidades do diabetes (junto com outras variáveis pessoais) são a fonte de estressores e requerimentos de enfrentamentos sentidos por muitas pessoas com diabetes (Armstrong, 1987).

As necessidades do diabetes foram categorizadas da seguinte maneira por Armstrong (1987):

01. Necessidades psicossociais: requerem da pessoa com diabete, que esta proceda com a desordem, manejo diário, alterações no estilo de vida, impacto social na família, amigos, trabalho e recreação.
02. Necessidades de auto-controle: visam a normalização da

glicose sangüínea, prevenção de complicações a curto e longo prazo e necessidade de providenciar a manutenção da saúde global.

03. Necessidade de conhecimento/habilidades: se referem ao diabetes e ao seu impacto pessoal, resolução de problemas e tomada de decisões importantes para o cuidado do diabete, a habilidade para selecionar as melhores soluções e agir sobre elas, e a habilidade para avaliar e ~~re~~revisar soluções.

Ainda Armstrong (1987), relata a fundamentação para a intervenção do enfermeiro dizendo que este deve: ter conhecimento adequado sobre DM e seu controle; ter habilidade para trabalhar com clientes, ter habilidades para responder positivamente as necessidades do cliente trazendo para a realidade; e ter paciência e habilidade para detectar e agir nos sinais de que o cliente está preparado para fazer mudanças no estilo de vida e no seu comportamento.

O enfermeiro como agente de saúde tem como papel penetrar no universo do saber popular do cliente diabético, em busca de um diálogo com o mesmo para a partir daí, elaborar um conjunto de conhecimentos com a finalidade de que o cliente diabético se aproprie de conhecimentos fundamentais para o controle do seu diabetes. Isto reforça a crença de que é através da educação em saúde que o enfermeiro traz sua contribuição social (SANDOVAL, 1988).

## II - OBJETIVOS

### Objetivo Geral:

Prestar assistência de enfermagem a indivíduos em condição crônica de saúde (DM), internados na CMF do HU da UFSC.

### Objetivos Específicos:

01. Conhecer a experiência do indivíduo em condição crônica de saúde (DM);
02. Facilitar a aquisição e reforçar a competência do indivíduo para enfrentar efetivamente os estressores decorrentes da condição crônica de saúde (DM)
03. Refletir sobre as experiências práticas vivenciadas.

### III - MARCO TEÓRICO

De acordo com TRENTINI (1986), marco conceitual é um conjunto de conceitos e definições interrelacionadas, com o objetivo de apresentar maneiras globais de perceber um fenômeno e de guiar a prática de modo abrangente.

Por entendermos que a teoria ajuda na busca da sistematização das ações feitas na prática e na estruturação das ações visando alcançar os objetivos determinados, é que optamos pela aplicação do marco conceitual do NUCRON.

Saúde: É uma condição de bem-estar da pessoa, expressada a partir de sua harmonia com o processo de viver, e variável de acordo com sua competência inata ou adquirida para enfrentar estressores internos e externos, de modo a alcançar a qualidade de vida a que tem direito enquanto cidadã, (NUCRON, 1992, apud Trentini e Silva, 1992).

Condição Crônica de Saúde: É uma intercorrência estressora que pode surgir a qualquer tempo e vem para permanecer alterando o processo de ser saudável do indivíduo e determinando um novo rumo do seu processo de viver. Este novo rumo dependerá de fatores básicos tais como: orientação de vida, forças positivas, carências, percepção dos estressores e estratégias de enfrentamentos utilizados na minimização dos estressores (NUCRON, 1992, apud Trentini e Silva, 1992).

Enfrentamento: É uma combinação de respostas cognitivas, afetivas e comportamentais que o indivíduo utiliza quando está frente a estressores.

Cada pessoa tem uma percepção única da situação. 0

comportamento de enfrentamento, ou seja, as estratégias que utiliza são eficazes quando resolve sentimentos desconfortáveis, preserva a integridade do indivíduo e sua capacidade para agir eficazmente nos relacionamentos e manter um auto-conceito positivo (baseado em MENGUEL, 1982, MULLER, 1983 e HYMOVICH & HAGOPIAN, 1992, apud Trentini e Silva, 1992).

**Estressores:** São condições ou eventos internos (indivíduo) ou externos (meio ambiente) que representam uma fonte de preocupação ou dificuldade para o indivíduo e que produzem reações físicas ou psicossociais neste indivíduo.

A determinação de algum evento ou condição como um estressor depende da avaliação que o indivíduo faz da situação e dos recursos que ele dispõe para enfrentar esta situação (baseado em SAUNDERS e McCORKLE, 1987 e HYMOVICH e HAGOPIAN, 1992, apud Trentini e Silva, 1992).

**Propósito da Enfermagem:** É compartilhar saberes com indivíduos e/ou grupos em condição crônica de saúde utilizando o processo educativo, a fim de facilitar a aquisição ou reforçar a competência do indivíduo e/ou grupos para enfrentar efetivamente os estressores do seu processo de viver. (NUCRON, 1992, apud Trentini e Silva, 1992).

**Cliente de Enfermagem:** É o ser humano em condição crônica de saúde, portador de DM que vivencia uma relação dinâmica com o ambiente, onde encontra estressores e desenvolve maneiras de enfrentar estes estressores. (Adaptado do NUCRON, 1992, apud Trentini e Silva, 1992).

#### IV - METODOLOGIA

##### Descrição do Local do Estágio

O nosso projeto foi desenvolvido na CMF do HU, situado no Campus Universitário, da UFSC, Florianópolis, Santa Catarina.

O HU pé um hospital escola de médio porte, que atende a população em geral e tem por objetivo o ensino, pesquisa e extensão.

O hospital não possui em sua organização objetivos e filosofia que norteiam sua assistência. Somente o serviço de enfermagem é que o possui de forma documentada.

A CMF está situada no quarto andar do HU, e sua estrutura física divide-se em: 11 quartos, sendo que 09 quartos de 02 leitos e 02 quartos de 04 leitos cada, totalizando 26 leitos. Há 01 banheiro que interliga 02 quartos de 02 leitos com excessão dos quartos de 04 leitos que possuem 01 bajnheiro apenas. Possui sala de curativos e exames, sala de Chefia de enfermagem, sala para recreação dos clientes e guarda de materiais, copa, posto de enfermagem e sala de medicação (tendo no seu interior armário para guarda de roupas), banheiro para os funcionários e expurgo. Localizado na parte externa do setor está a sala de lanche dos funcionários e sala de aula servindo também para reuniões e passagem de plantões.

Os clientes estão distribuídos nos quartos por espécialidades médicas: hematologia, pneumologia, gastroenterologia, cardiologia, neurologia, endócrinologia, nefrologia e

clínica médica geral.

Possui um quadro de enfermagem assim distribuído: 07 enfermeiros, 17 técnicos de enfermagem, 07 auxiliares de enfermagem e 01 agente administrativo. Perfazendo um total de 33 funcionários distribuídos em 03 turnos, matutino, vespertino e noturno.

A assistência de enfermagem é individual sendo que cada funcionário é destacado diariamente para prestar cuidados integrais de enfermagem. O método de assistência de enfermagem inclui: histórico, prescrição e evoluções diárias (sob a forma de SOAP), baseados na teoria de W. Horta.

O ambulatório está situado no andar térreo. A equipe de enfermagem deste setor possui em seu quadro funcional 12 enfermeiros, 05 técnicos de enfermagem, 07 auxiliares de enfermagem e 01 assistente administrativo, distribuídos em 02 turnos de trabalho, matutino e vespertino.

Oferece os seguintes serviços: radiologia, radioterapia, serviço de prontuário do cliente, assistência social, saúde pública, gerontologia, cardiologia, biblioteca, centro de estudos, admissão, unidade de cirurgia ambulatorial, consultas ambulatoriais, laboratório, radioisótopos e eletroencefalograma.

A assistência de enfermagem no ambulatório se dá através de consultas a grupos tais como: diabéticos, hipertensos, crianças, mulheres e idosos. Além do desenvolvimento de procedimentos técnicos tais como: curativos, nebulizações, administração de medicamentos e outros.

Os clientes após alta hospitalar são apenas orientados para marcarem retorno para consultas, com as especialidades do ambulatório, não havendo acompanhamento da enfermeira do setor e/ou mesmo. O retorno é geralmente apenas para consultas médicas, consultas com outros profissionais são apenas em situações específicas e por encaminhamento médico.

## População Alvo

Os clientes de enfermagem para o desenvolvimento do nosso trabalho foram as clientes internadas na CMF no período de 16/09 a 18/11/1992, que preencheram os seguintes critérios pré-estabelecidos:

- portadoras de DM acima de 16 anos,
- conscientes em condições de se comunicar verbalmente e que concordaram em participar do projeto.

## Plano de Ação

O estágio se realizou de 2ª a 6ª feira das 13:00 as 18:00 horas, no período de 16/09 a 18/11/1992. O horário foi alterado em função das visitas domiciliares e multiprofissionais.

### Objetivo Geral

Prestar assistência de enfermagem a indivíduos em condição crônica de saúde (DM) internados na CMF do HU da UFSC.

### Objetivos Específicos

01. Conhecer a experiência do indivíduo em condição crônica de saúde (DM).

1.1 - Estratégia: Integração com a equipe multiprofissional e de enfermagem:

- A - Apresentação a equipe de enfermagem e exposição do objetivo do estágio;
- B - Participação das visitas multiprofissionais aos diabéticos;
- C - Conversas formais e informais com os funcionários do setor;
- D - Levantamento e estudo das normas e rotinas do setor.



### Aprazamento

- A - 1º dia de estágio (16/09/1992);
- B - Durante as visitas multiprofissionais (5ª feiras);
- C - Diariamente;
- D - 1ª semana.

### Avaliação

Termos sido compreendidas a medida que obtivermos a abertura da equipe. Conversarmos com os funcionários, percebendo ampla aceitação do nosso projeto, sendo informadas e questionadas sobre assuntos referentes as clientes que estivermos prestando assistência. Conhecermos as normas e rotinas do setor, de modo a respeitá-las e prôpor mudanças quando necessárias julgarmos, através de encaminhamento a enfermeira chefe do setor.

#### 1.2 - Estratégia: Seleção de clientes:

- A - Selecionar as clientes de acordo com os critérios pré-estabelecidos;
- B - Manter o atendimento de no mínimo 02 clientes;
- C - Apresentação pessoal as clientes escolhidas e solicitar sua participação no plano de assistência.

### Aprazamento

- A, B, e C - No 1º dia de estágio e quando houverem novas internações.

### Avaliação

Deverão ser atendidas no mínimo 15 clientes.

1.3 - Estratégia: Detectar e registrar os estressores e as maneiras de enfrentamentos das clientes:

- A - Utilizar o instrumento "Questionário sobre as experiências do viver do indivíduo em condição crônica de saúde" (apêndice 01);
- B - Participar da passagem de plantão diariamente, dando e recebendo informações sobre as clientes envolvidas na assistência;

- C - Fazer visitas diariamente as clientes selecionadas no setor;
- D - Observar a cliente durante a prestação dos cuidados diários;
- E - Manter conversas formais e informais durante a prestação dos cuidados diários;
- F - Obter dados dos familiares sobre a cliente;
- G - Obter informações dos profissionais que prestam assistência a cliente;
- H - Acompanhar ou realizar consultas de enfermagem agendadas para após a alta hospitalar a nível ambulatorial no HU;
- I - Realizar visitas domiciliares as clientes selecionadas para a assistência;
- J - Utilizar os dados do prontuário para completar o instrumento.

#### Aprazamento

- A e J - Na 1ª semana de prestação de assistência a cliente;
- B, C, D, E e G - Diariamente;
- F - Durante o horário de visita dos familiares no HU, na visita domiciliar ou quando possível;
- H e I - Quando necessário e durante a coleta de dados.

#### Avaliação

Ter o instrumento completamente preenchido de todas as clientes selecionadas e prestado assistência. Realização de no mínimo 02 visitas domiciliares e 02 consultas de enfermagem quando se fizerem necessárias (instrumento incompleto e/ou a cliente precisando de um maior acompanhamento).

02. Facilitar a aquisição e reforçar a competência do indivíduo para enfrentar efetivamente os estressores decorrentes da condição crônica de saúde (DM).

2.1 - Estratégia: Destacar os estressores e as maneiras de enfrentamentos das clientes, registrando em um instrumento específico (apêndice 02):

- A - Planejar as intervenções de enfermagem através do instrumento proposto (apêndice 02) de acordo com a metodologia de assistência de enfermagem do HU (histórico, evolução sob a forma de SOAP e prescrições diárias);
- B - Compartilhar com a cliente e família conhecimentos e habilidades relacionadas com a sua condição crônica de saúde;
- C - Prestar os cuidados de enfermagem previstos para o período com a participação da cliente e família;
- D - Estabelecer um relacionamento terapêutico com a cliente através da relação pessoa/pessoa;
- E - Acompanhar ou realizar consultas de enfermagem;
- F - Realizar visitas domiciliares quando necessário;
- G - Buscar o enfrentamento efetivo da cliente com a participação ativa da família na promoção e prevenção da saúde;
- H - Orientar e ensinar cliente e família sobre os cuidados necessários a terapêutica;
- I - Entrar em contato com a cliente e familiares para marcar visita domiciliar;
- J - Conversar para conscientizar a família quanto ao quadro em que a cliente se encontra, a importância do apoio e convívio familiar e social.

#### Aprazamento

- A, C e D - Diariamente;
- B, G e H - Durante o horário de visita, durante a prestação de cuidados, visitas domiciliares e conversas diárias com as clientes;
- E e F - Conforme agendamento e necessidade;
- I - Se houver necessidade na alta;
- J - Nos horários de visita ou no domicílio.

#### Avaliação

Será feita avaliação qualitativa dos enfrentamentos da cliente e familiares frente a sua condição crônica de saúde. Ou seja se os enfrentamentos inefetivos se tornarem

efetivos. E também se conseguirmos realizar os procedimentos e as orientações previstas para a assistência.

03. Refletir sobre as experiências práticas vivenciadas.

### 3.1 - Estratégia: Aprimorar conhecimentos:

- A - Aprofundar conhecimentos através de consultas bibliográficas e a profissionais da área, buscando fundamentação teórico-prática para questões novas ou desconhecidas;
- B - Discutir com a orientadora e/ou supervisora sobre questões novas ou polêmicas que surgirem;
- C - Avaliar as condutas adotadas e os resultados obtidos na assistência ao indivíduo em condição crônica de saúde;
- D - Avaliar a adequação da prática junto ao marco conceitual escolhido;
- E - Manter contatos periódicos com a orientadora e supervisora para avaliar a prática.

### Aprazamento

- A - Uma vez por semana, durante 60 minutos aproximadamente;
- B - Uma vez por semana, durante 30 minutos;
- C - Diariamente após as visitas as clientes, planejamento e execução da assistência;
- D - Após 15 dias do início do estágio, e depois da 1ª avaliação, a cada 30 dias;
- E - Diariamente com a orientadora e 02 vezes por semana com a supervisora.

### Avaliação

A avaliação se dará a partir de uma análise crítica da prática, sugerindo e recebendo sugestões de colaboradores.

# Cronograma

16

16

MES/DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
AGO																						-	-	B	A	B	Z	Z	-	-	A	
																												Z	Z	Z	Z	
SET	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	D	D	E	G	F	-	-	F	F	F	F	F	F	-	-	F	F	F	F
					-	-	C					-	-			F	F				X			G	X			X				
																	X															
OUT	F	F	-	-	A	F	F	F	F	-	-	C	F	F	F	F	-	-	F	F	H	K	F	-	-	F	A	A	F	F	-	
	X								G	X				T	G	X			X	T			X			X			G	X		
	G																															
NOV	-	C	F	F	F	F	-	-	F	F	F	F	H	-	-	F	F	F	T	O	-	-	O	O	O	O	O	O	O	O	O	
					G	X				P	P	G				X																
									X																							
DEZ	O	O	O	O	O	O	R				S	-	-	V	V																	
					-	-																										

## Legenda:

- Sabados e domingos

B Aula da fase

A Aula de Contexto Social

Z Elaboração do projeto

C Feriados

D Apresentação dos projetos

E Apresentação do projeto aos funcionários

F Execução do projeto

G Visitas multiprofissionais

X Reunião com a supervisora

T Palestras com os clientes

H Visitas domiciliares

K Palestra no Centro de Saúde II do Itacorubi

P Palestras com os funcionários

O Elaboração do relatório

R Entrega do relatório

S Reunião com a banca

V Apresentação do relatório

## V - RESULTADOS

O relatório do desenvolvimento do estágio será apresentado seguindo os objetivos propostos e as respectivas estratégias de ação. Algumas estratégias previstas foram agrupadas em um só objetivo. Atividades desenvolvidas que não estavam previstas serão apresentadas ao final.

Objetivo 01. Conhecer a experiência do indivíduo em condição crônica de saúde (DM).

Estratégia 1.1 - Integração com a equipe multiprofissional e de enfermagem:

No dia 16 de setembro de 1992 as 13 horas iniciamos nosso estágio na CMF do HU. Nossa 1ª atividade foi assistir a passagem de plantão do turno da manhã para o turno da tarde. Conversamos previamente com a enfermeira orientadora, que iríamos expôr para a equipe de forma resumida os objetivos do nosso estágio. Esta nos disse que a equipe fica bastante ansiosa pela distribuição das tarefas e retirada da prescrição dos prontuários logo após a passagem de plantão. Assim que terminou a passagem de plantão a orientadora expôs para a equipe de maneira informal que éramos alunas da 8ª fase de enfermagem e iríamos fazer o estágio com as diabéticas no setor. Ao término a equipe se retirou e não tivemos a oportunidade de apresentar o que havíamos preparado.

No decorrer do estágio, mais nas primeiras semanas notamos que a equipe observava a nossa atuação, havendo comentários e questionamentos como: "Vocês vão ficar só com as diabéticas"?, "Até que horas vocês ficam com as pacientes"?, "Vão ficar com todos os cuidados ou só com a medicação"?,

"Quando vocês se formam"?, "Vocês não tem professora"?, "O estágio de vocês é diferente". Com esses comentários tínha mos a impressão que éramos observadas pela equipe enquanto dispensávamos atenção as clientes e que o tipo de atendimen to que estávamos prestando era coisa de aluno que tem tempo. Posteriormente passaram a expressar certa curiosidade, inte gração e colaboração. Recebíamos informações da equipe sobre o estado das clientes durante os finais de semana ou ausên cia nossa no setor. Bastante emocionadas ficamos, pois tive mos a felicidade de ouvir de alguns membros da equipe que estes sentiam algo diferente por parte das clientes que acom panhávamos, tais como o seu comportamento, receptividade e descontração, além da demonstração de segurança e confiança para com a equipe.

Procuramos, sempre que solicitadas, esclarecer dúvi das sobre nosso projeto. Estes esclarecimentos ocorreram qua se sempre de maneira informal na sala de lanche, no local de preparo das medicações e sala de curativos.

Percebemos que toda equipe tem um espírito de aprendi zagem e curiosidade aguçado para aperfeiçoar sua bagagem de conhecimentos. Nossos manuscritos eram lidos e muitas vezes comentados, sendo que isto não se dava só por parte das enfermeiras, mas também por parte dos técnicos e auxiliares de enfermagem e até mesmo por acadêmicos de outras áreas (nutrição e serviço social).

Nos sentimos a vontade no setor pela abertura forneci da pela equipe de enfermagem e demais profissionais.

Temos alguma dificuldade em avaliar a nossa completa integração com a equipe de enfermagem, considerando que não houve uma avaliação formal deste aspecto juntamente com a equipe. Acreditamos que o fato de não termos feito uma apre sentação inicial dos nossos objetivos dificultou ou talvez retardou um pouco esta integração. Poderíamos ter feito esta apresentação em outro momento porém isto não nos ocorreu no início, apenas quando já estávamos bastante adiantadas e já

havíamos através de conversas informais, passado para a maioria dos funcionários nosso projeto de estágio.

O levantamento e estudo das normas e rotinas do setor que foi previsto no nosso planejamento com o intuito de uma melhor integração no setor, evitando transgredi-las ou omitir-se frente a elas, ocorreu nos primeiros dias de estágio através da leitura das mesmas. Verificamos que o conteúdo abordava em sua maioria atividades da escriturária. No decorrer surgiram dúvidas sobre algumas normas e rotinas do setor que não estavam estabelecidas neste documento. Citamos como exemplo o caso de uma cliente do interior do estado, internada há vários dias que nos relatou a vontade de ter atendido um telefonema, sendo que lhe foi apenas transmitido o recado. Perguntamos a nossa orientadora sobre a norma de atendimento de telefonemas por parte das clientes e verificamos que não há uma rotina estabelecida, o que traz alguns conflitos entre os funcionários que na sua maioria não gostam de chamar as clientes, e as clientes que gostariam de falar com seus familiares.

Ao final do nosso estágio ainda nos sentimos um pouco inseguras com relação ao domínio das normas e rotinas do setor. Atribuimos isto ao fato de nossa atuação ser voltada mais diretamente mais para a assistência. Questões administrativas que surgiam, geralmente perguntávamos para nossa orientadora ou para a escriturária do setor.

Sendo considerada uma atividade essencial as visitas multiprofissionais aos diabéticos aconteciam todas as 5ª feiras as 08:30 horas, com início na CMF, depois Clínica Cirúrgica II (apenas 01 visita) e por fim na Clínica Médica Masculina (CMM). A equipe era composta por 01 ou 02 enfermeiras, 01 médico residente da endocrinologia, 02 ou 03 médicos endocrinologistas, 02 acadêmicos de medicina, 01 assistente social, 01 nutricionista. Raramente participavam acadêmicas de enfermagem ou de serviço social, com exceção



do período em que estagiamos, considerando que das 08 visitas que houveram, participamos de 07. O residente procedia a visita com o prontuário em mãos, fazendo a apresentação da cliente com diagnóstico médico, solicitações e resultados de exames, evolução e prescrição médica e algumas observações de enfermagem. Este (o residente), a equipe multiprofissional e até mesmo nós éramos questionadas pelo coordenador da equipe quanto a resposta da cliente frente a conduta terapêutica adotada. Havia uma troca mútua de informações. A equipe liderada por um médico endocrinologista tentava compensar a cliente em sua patologia, devolvendo-a ao ambiente familiar com uma terapêutica medicamentosa mínima, eficaz. Para isso eram levantadas dúvidas, sugestões e experiências profissionais anteriores, foi discutida a eficiência da equipe e a educação a cliente. A cliente era abordada também em relação aos seus valores, crenças e outros aspectos culturais. Contribuímos com sugestões de encaminhamentos ao dentista, oftalmologista, ginecologista e também com a complementação das informações. Quando necessário após as visitas era feito uma reunião para melhor discussão de casos. Numa reunião da qual participamos, foi solicitada a presença de 01 bioquímico para agilizar os serviços prestados pelo laboratório, como exames de glicemias e outros nos feriados e finais de semana. Estas visitas multiprofissionais em nossa opinião contribuem de maneira efetiva para a recuperação das clientes considerando que vários profissionais provuram apresentar aspectos diferentes de uma mesma cliente.

A participação das enfermeiras nos pareceu importante, porém considerando que as mesmas não fazem parte do quadro de pessoal do setor, estas não tem um conhecimento mais profundo do que acontece com as clientes.

Uma declaração do médico endocrinologista, coordenador da equipe multiprofissional retrata o espírito que está presente no grupo.

"Sabemos que a equipe é eficiente.

Porém somos ineficazes frente a doença.

É preciso muito estudo e dedicação para se chegar a um grau de eficácia".

Costa (1988) ressalta a importância da equipe multiprofissional dizendo que a cronicidade e necessidade de cuidados e controle diários no tratamento da DM que recaem sobre o diabético e/ou sua família indicam que a assistência a esse cliente pode ser melhor conduzida por uma equipe multiprofissional que atenda suas múltiplas necessidades.

"Essa modalidade de assistência, em um discurso mais humanístico pretende abordar o homem em suas múltiplas necessidades interrelacionadas. A equipe multiprofissional facilita a consecução de metas mais facilmente alcançadas por decisão conjunta do que uma ação independente. Individualmente, os profissionais por suas habilidades peculiares, treinamentos ou interesses, abordam aspectos limitados da assistência de saúde. Nessa área os esforços integrados resultam em realizações multiplicadas". (COSTA, 1988).

#### Estratégia 1.2 - Seleção de clientes:

As clientes foram selecionadas de acordo com os critérios pré-estabelecidos. Conversávamos de maneira informal com as clientes para verificar se estavam conscientes e também sua disposição em participar do projeto.

Todas as clientes incluídas no nosso trabalho preencheram os requisitos que estabelecemos previamente como mostra a seguir a tabela 01.

Durante todo o estágio mantivemos sempre o atendimento a no mínimo 02 clientes, sendo que chegamos no final a atender 06 clientes ao mesmo tempo. Houveram situações em que haviam várias clientes com DM internadas, porém não preencheram os critérios que estabelecemos. Nestes momentos nos sentíamos ansiosas e procuramos fazer pensamento positivo na

esperança de novas internações de clientes que preenchessem os critérios para que nosso projeto não ficasse comprometido.

Tabela 01: Clientes com DM internadas na CMF do HU no período de 16/09 a 18/11/1992.

Clientes	Idade	Nível de consciência	Condições de comunicação	Aceitação projeto	Início dos cuidados
01. LSR	23	Consciente	Difícil	Sim	16/09/92
02. ZNS	41	Consciente	Ótima	Sim	16/09/92
03. ARS	61	Consciente	Ótima	Sim	23/09/92
04. ISZ	68	Consciente	Regular	Sim	23/09/92
05. MEJ	66	Consciente	Boa	Sim	30/09/92
06. MTJ	33	Consciente	Boa	Sim	20/10/92
07. MAS	36	Consciente	Difícil	Sim	21/10/92
08. DSJ	72	Consciente	Ótima	Sim	30/10/92
09. ARA	69	Consciente	Boa	Sim	09/11/92
10. LSB	62	Consciente	Ótima	Sim	09/11/92
11. JAS	65	Consciente	Regular	Sim	16/11/92
12. BRV	67	Consciente	Boa	Sim	16/11/92
13. CV*	52	Confusa	Sem condição	-	--
14. HLB*	67	Inconsciente	Sem condição	-	--
15. NS*	27	Confusa	Regular	-	--
16. RMM*	56	Confusa	Regular	-	--
17. ASM*	56	Confusa	Difícil	-	--
18. CF*	48	Confusa	Sem condição	-	--
19. IVS*	52	Inconsciente	Sem condição	-	--

\*Estas clientes foram excluídas devido o nível de consciência estar alterado.

Como mostra a tabela 01, atendemos 12 clientes, o que mostra que não alcançamos o mínimo de 15 estabelecidos no projeto. Alguns motivos podem ser apontados:

- tempo de internação prolongado, com uma média de 25 dias cada cliente;
- número de vagas limitadas no setor para clientes com DM;

- 07 clientes internadas que não atendiam aos critérios pré-estabelecidos.

Com relação a solicitação as clientes de sua participação no projeto, a mesma ocorreu da seguinte forma: ao verificarmos que estavam conscientes, e em condições de se comunicarem verbalmente, nos apresentávamos dizendo o nome, que éramos alunas da última fase do curso de enfermagem e estávamos desenvolvendo estágio com clientes diabéticas no setor. Resaltávamos que pretendíamos ajudá-las a enfrentar as dificuldades de seus problemas de saúde e que precisaríamos da sua colaboração para responder a um questionário com perguntas voltadas para sua doença e que ao finalizar o estágio faríamos um relatório de todas as atividades desenvolvidas durante o período. A todas as clientes que solicitamos participação houve aceitação. No decorrer do período, solicitamos autorização para tirarmos fotografias que seriam utilizadas na apresentação das atividades desenvolvidas durante o estágio, para várias pessoas, clientes, funcionários, e professores. Não houve oposição.

Estratégia 1.3 - Detectar e registrar os estressores e as maneiras de enfrentamento das clientes:

O instrumento "Questionário sobre a experiência do viver em condição crônica de saúde" foi aplicado às clientes as quais prestamos assistência. O preenchimento completo levava de 03 a 05 dias, sendo dificultado pelas atividades extras desenvolvidas durante o estágio, disposição das clientes em responder as perguntas, ausência para realização de exames, visita da equipe médica, acadêmicos e familiares. As informações necessárias ao preenchimento do instrumento foram colhidas durante a prestação dos cuidados integrais quando eram expressados verbalmente sentimentos e relatos sobre o aparecimento da doença até sua hospitalização, conversas formais e informais, visitas domiciliares e outras. Poucas vezes

levamos o instrumento em mãos para colhermos os dados, na maioria das vezes preechíamos após a conversa em sala separada.

A principal dificuldade que tivemos no preenchimento do questionário foi com aquelas clientes que descobriram sua doença crônica (DM) durante a internação, considerando que grande número de questões do mesmo estão relacionadas com as experiências anteriores com a doença crônica.

O prontuário foi fonte de informações utilizada diariamente.

A seguir apresentamos uma tabela (tabela 02) que mostra os principais estressores identificados através do questionário.

Como observa-se na tabela 02, o estressor "desconhecimento da doença" foi relatado por todas as clientes. Este fato justificou nosso empenho em procurar orientá-las. Esta orientação aconteceu através de maneira informal (prestando cuidados, conversas no quarto, sala de recreação, passeio fora do hospital, caminhadas pelo hospital e outros), e de maneira formal (palestras, discussão do manual, folhetos ilustrativos e demonstração prática).

Procurou-se sempre valorizar o conhecimento anterior das clientes e suas experiências de vida.

Com relação ao estressor "seguir a dieta" buscamos com a troca de informações entre nós e as clientes, estimular discussões entre elas e também a maior participação de nutricionistas.

O estressor "ter dificuldade para trabalhar" foi abordado mais no sentido de ver alternativas considerando que o enfrentamento a este estressor era na maioria parar ou diminuir o trabalho ou esforços.

Os demais estressores foram geralmente trabalhados individualmente.

dividualmente ou coletivamente durante as palestras ou quando promovíamos encontros entre as clientes.

Tabela 02: Frequência e percentual dos estressores referidos pelas clientes com DM internadas na CMF do HU no período de 16/09 a 18/11/1992.

Estressores	Freq.	%
Desconhecimento da doença	12	9.09
Seguir a dieta	11	8.33
Relacionamento sexual prejudicado	11	8.33
Ter dificuldade para trabalhar	10	7.58
Sintomas (tontura, moleza nas pernas, urinar muito, sede, dor)	09	6.82
Fazer glicemia capilar e/ou glicosúria	08	6.06
Dificuldade de locomoção	08	6.06
Tomar injeção	07	5.30
Dificuldade de exergar	07	5.30
Falta de dinheiro para o tratamento	07	5.30
Não poder participar de atividades de lazer (viajar, sair)	06	4.54
Falar sobre a doença	04	3.03
Preocupação com a família	04	3.03
Emagrecimento	04	3.03
Medo da doença/preocupação	04	3.03
Vergonha da aparência física	04	3.03
Envelhecimento	03	2.27
Tomar remédio	03	2.27
Achar que os outros pensam que está fingindo	02	1.52
Medo da hipoglicemia	02	1.52
Hospitalização	02	1.52
Dificuldade de comunicação (gagueira, boca seca)	01	0.76
Dificuldade para se auto-cuidar (vestir-se)	01	0.76
Pensar que os outros achem feia/doença ruim	01	0.76
Achar que esta sendo enganada (resultado exames)	01	0.76
TOTAL	132	100

Com relação as maneiras de enfrentamento, identifica mos comportamentos bastante variados conforme mostra a tabela 03 a seguir.

Com relação a nossa atuação frente as maneiras de en frentamento, algumas já foram descritas quando discutimos os estressores. Considerando que quando o estressor era enfrenta do efetivamente, procurávamos mostrar a importância e valida de do seu enfrentamento, destacando a contribuição, por exem plo para prevençãode complicações.

Em situações em que o enfrentamento era inefetivo, bus camos geralmente através de orientações, discussões, demons trações e participação de outras clientes para que elas mudas sem este enfrentamento. Como exemplo citamos o caso da clien te que tinha medo de tomar injeção. Procuramos mostrar em outra cliente e solicitar que essa relatasse sua experiência, dando com isto um maior incentivo. Observamos que muitas ve zes não conseguimos que o enfrentamento se tornasse efetivo, por exemplo na cliente que não aceitava a dieta e com isso a transgredia com frequência. Apesar do nosso empenho, manteve este comportamento.

As passagens diárias de plantões contribuíram também para nos ajudar a levantar os estressores e as maneiras de enfrentamento. Durante a realização das mesmas, poucas vezes, tivemos a oportunidade de informar sobre as clientes sob nos sos cuidados. Porém várias vezes após o término da passagem de plantão fomos informadas de outras intercorrências, exa mes, alta ou internações relativas as clientes com DM, assim como também informávamos algo novo ou algumas atividades que seriam desenvolvidas com as clientes.

Durante a prestação de cuidados as clientes eram obser vadas quanto a consciência, estado de ânimo, expressão fa cial, comunicação verbal, gemidos, reclamações, movimentação, deambulação e condições físicas gerais. Eram também estimula das a relatarem seus sentimentos.

Tabela 03: Frequência e percentual de maneiras de enfrentamento mais frequentemente referidos pelas clientes com DM, internadas na CMF do HU no período de 16/09 a 18/11/1992.

Enfrentamento	Freq.	%
Procuro o médico	11	12.64
Faço a dieta	10	11.49
Caminho todos os dias como o médico mandou	08	09.20
Evito fazer esforços	06	06.89
Se não estou boa eu sento e espero	06	06.89
Choro	06	06.89
Procuro recursos no INAMPS, CEME e prefeitura	04	04.60
Procuro fazer trabalho leve	03	03.45
Ando em casa	03	03.45
Faço acompanhamento médico	03	03.45
Faço glicosúria	03	03.45
Tenho fé em Deus	03	03.45
Aceitando ajuda da filha	03	03.45
Uso sal de farmácia e outros temperos	02	02.30
Uso Adocyl	02	02.45
Faço comida separada	02	02.45
Evito usar gordura	02	02.45
Como verdura crua	02	02.45
Não gosto de fazer injeções, mais faço	02	02.45
Não saio mais de casa	02	02.45
Comecei a me tratar	02	02.45
Pergunto para o médico	02	02.45
Pergunto para a enfermeira	02	02.45
TOTAL	87	100

Também durante a prestação de cuidados diários mantínhamos conversas com as clientes fazendo perguntas sobre a visita de familiares e médicos, sentimentos e sintomas, exames realizados ou a serem realizados, hospitalização, enfim



acontecimentos diários. Também procurávamos responder as perguntas que nos faziam. Aproveitávamos também para informar sobre normas e rotinas do setor. Fazíamos brincadeiras e tocávamos nas clientes de maneira a levantar o ânimo e mostrar afeto. As informações que obtínhamos e as observações que fazíamos eram registradas posteriormente nas folhas de observações complementares e subsidiavam novas evoluções e prescrições diárias.

Tudo acontecia com propósito terapêutico visando diminuir os estressores. A seguir apresentamos alguns relatos feitos pelas clientes durante a prestação de cuidados.

"Já tou cansada de ficar aqui no hospital, não aguento mais ficar aqui. Quero ir embora porque tou com muita saudade dos meus filhos. Quero ver como eles tão".

(LSR)

"Eu quero saber, já perguntei ao médico de Paulo Lopes se diabete e colesterol é a mesma doença, ele diz que é. É mesmo? Me diz, eu quero saber".

(MEJ)

"Ah, mais eu não sabia que tinha que se cuidar pra comer. Eu achava que era só comer menos".

(ARS)

A participação da família no fornecimento de dados sobre a cliente acontecia durante as visitas hospitalares e domiciliares. Perguntávamos aos familiares o que sabiam sobre diabete, quem ajudava a cliente nos cuidados com seus problemas de saúde e como faziam, como a cliente se portava frente a dieta, exercícios e tratamento.

Foram poucos os familiares com os quais tivemos contato, mesmo porque a maioria das clientes vinham do interior do

estado ou moravam distante na Grande Florianópolis. Dos familiares com os quais tivemos contato e que ajudavam a cliente em casa, o conhecimento que tinham foi obtido junto a profissionais da saúde como médicos e enfermeiros. Estes conhecimentos englobavam como proceder nas técnicas de aplicação de injeção e os cuidados relacionados, condutas frente a hipoglicemia. Nestes familiares observamos que alguns (04) tinham um ótimo nível de conhecimento sobre a doença, outros razoável (06) sabendo apenas a técnica e os cuidados na aplicação de injeção, outros (02) não sabiam nada, porém mostravam-se interessados em saber mais e preocupados com seu familiar, principalmente naqueles em que o diabetes foi diagnosticado durante a internação. Para exemplificar podemos citar o filho de ARA que relatou ter aprendido sobre diabetes no consultório do médico que cuida de sua mãe e lendo livros. Demonstrou conhecimentos quanto as técnicas e cuidados na aplicação das injeções, sinais de hipoglicemia e hiperglicemia e condutas a serem tomadas, as causas do DM e suas complicações. Este moço aplica glicose endovenosa quando sua mãe entra em coma hipoglicêmico durante a noite.

Ouvimos da maioria dos familiares a preocupação em a cliente seguir rigorosamente a dieta. De outros o estado emocional da cliente frente a condição crônica de saúde e suas complicações.

"Ela era uma pessoa mais disposta, depois que passou a não enxergar bem tem ficado assim desanimada, só quer ficar dentro de casa, dormir".

(Filha de DSJ)

Procuramos muitas vezes conscientizar a família sobre o estado da cliente, evolução da doença, a importância da hospitalização, tratamento, exercícios, dieta e a importância de sua participação em todo esse processo.

Esta participação e colaboração foi dificultada por um

lado pela ausência da família no setor no momento em que estávamos presentes, por outro evitamos muitas vezes interromper o diálogo entre cliente e família, pois percebíamos pela comunicação, olhares ou silêncio a vontade ou necessidade destes permanecerem a sós.

Também colaborou para que essa interação com a família não se desse do modo que gostaríamos, devido a procedência de algumas clientes do interior do estado, o que dificultou ou mesmo impediu que os familiares pudessem vir visitá-las.

Sempre que percebemos a necessidade, ou fomos solicitadas, procuramos dar explicações, responder aos questionamentos levantados pelos familiares.

Apesar de termos tentado refletir sobre o que outras interferências houveram para que a participação dos familiares fosse mais consistente na busca do enfrentamento efetivo, não conseguimos encontrar respostas diretas.

Mantínhamos contatos com toda a equipe multiprofissional que presta serviços ao setor. Nos comunicávamos com estes para obter informações, esclarecer dúvidas, fazer pedidos, orientações e outros. Aos médicos residentes e contratados pedíamos esclarecimentos de diagnóstico, exames e muitas vezes de algo que não entendíamos nos prontuários. Estes também nos alertavam quanto a algumas modificações de imediato que ocorriam na terapêutica. Com as enfermeiras e demais membros da equipe de enfermagem, acadêmicos e professores pedíamos informações e éramos informadas sobre o estado das clientes durante a realização de exames e período em que estávamos ausentes. Solicitávamos acompanhamento e andamento dos serviços das assistentes sociais e acadêmicas do setor, assim como também éramos solicitadas. Os técnicos de laboratório também agilizavam a entrega dos resultados das glicemias quando estava alterada. Nos comunicamos também com a nutricionista, a fim de esclarecer dúvidas e até mesmo para orientação de alta ou para repassarmos informações aos familiares. Com

as enfermeiras do ambulatório também contactuamos para saber mos sobre o desempenho das clientes frente as orientações so bre técnicas de aplicação de injeções. Além disso líamos to das as anotações que eram anexadas no prontuário após a últi ma assistência.

Todos foram atenciosos e prestativos quando solicitáva mos, da equipe de enfermagem obtínhamos maiores informações logo após a passagem de plantão quando estávamos reunidas, antes de começar a prestação da assistência.

"Ah, a dona Z ontem foi passear na casa da dona S. Na hora do café tinha bastante coisa boa, mas ela só comeu um pedaço de queijo, uma xícara de café sem açúcar e uma banana. E realmente na verificação da glicemia não estava alterada. Ela está de parabéns".

(Enf<sup>a</sup> do setor)

Objetivo 02. Facilitar a aquisição e reforçar a compe tência do indivíduo para enfrentar efeti vamente os estressores decorrentes da con dição crônica de saúde (DM).

Estratégia 2.1 - Destacar os estressores e as maneiras de enfrentamentos das clientes regis trando em um instrumento específico (apêndice 02).

Após o levantamento de dados através do instrumento "Questionário sobre as experiências do viver do indivíduo em condição crônica de saúde" (apêndice 01), foram destacados os estressores e as maneiras de enfrentamento utilizando o formu lário (apêndice 02), previamente elaborado com esta finalida de. O preenchimento do formulário algumas vezes foi feito com atraso, porém as intervenções frente aos estressores e os en frentamentos identificados eram planejadas e executadas de

acordo com a necessidade estabelecida por nós, com a participação da cliente. Segue o exemplo preenchido do formulário (apêndice 02).

As prescrições de enfermagem eram feitas diariamente, procurando atender as necessidades das clientes, assim como também as evoluções de enfermagem, mostrando como estava o enfrentamento aos estressores e registrando outros dados referentes ao andamento do tratamento. Segue alguns exemplos de prescrição e evolução que elaboramos (apêndice 04).

Todo início de semana, geralmente nas 2ª feiras fazíamos um planejamento geral das atividades da semana.

Compartilhávamos com a cliente e família conhecimentos e habilidades através de materiais didáticos e ilustrados, palestras coletivas e orientações individuais, através da demonstração da aplicação de injeções para a cliente, sendo estimulada e supervisionada na auto-aplicação. Foi orientado e estimulado a leitura do manual do diabético do HU, para as clientes ou familiares que já o possuíam.

"Ah eu já vi um livro igual a esse lá em casa, mais nunca abri. Não sabia que explicava como aplicar injeção".

(Filho de LSB)

O período em que mais desenvolvemos nosso estágio foi a tarde. No horário em que os familiares iam visitar a cliente, não haviam cuidados previstos para o período porque os cuidados que solicitavam a participação da família geralmente ocorriam no período da manhã e a insulino terapia é fora do horário de visitas.

Os cuidados necessários a terapêutica medicamentosa foram ensinados as clientes de forma individual e coletiva (nas palestras). Para aquelas que precisavam se auto-aplicar insulina ou se auto-aplicavam, mas não faziam de forma correta, o ensino se fazia através da demonstração da técnica de aplicação

ção da insulina, na orientação e supervisão da auto-aplica  
ção.

Houve o caso de uma cliente que se recusava a apren  
der a auto-aplicação, aceitando fazê-la posteriormente com  
ótimo desempenho.

"Ah eu já sei fazer, eu já fui lá em  
baixo e a enfermeira me ensinou a fazer  
na laranja". (LSR)

"Ah é fácil de fazer eu pensei que fosse  
tão difícil. Quando eu for pra casa eu  
já sei aplicar. Aí não precisa chamar  
aquela mulher". (LSR)

É importante ressaltar que estes cuidados eram desen  
volvidos em ambiente de cordialidade e que o momento era sem  
pre aproveitado para conversas, orientações e outros.

A seguir apresentamos na tabela 04 a frequência dos  
procedimentos e registros de enfermagem executados.

O manual do diabético do HU foi utilizado para todas  
as orientações feitas as clientes, assim como também o manu  
al do Ministério da Saúde e outros folhetos ilustrados. As  
orientações escritas eram enfatizadas oralmente para melhor  
assimilação, mesmo porque, a maioria das clientes apresenta  
vam dificuldades visuais, já as ilustrações serviam como com  
plemento das orientações orais. Após as orientações deixáva  
mos os manuais e os folhetos junto com as clientes por algum  
tempo. Várias clientes e familiares solicitavam o manual, pa  
ra que pudessem levar para casa. No entanto isto não era pos  
sível pois o HU atualmente não possui mais exemplares. Segun  
do relato da equipe multiprofissional, o manual necessita de  
uma revisão para então ser reeditado e fornecido.

Acreditamos que é muito importante que as clientes te  
nham informações escritas junto a elas, para que quando sur  
girem dúvidas possam consultar.

Tabela 04: Frequência e percentual dos procedimentos e registros de enfermagem prestados as clientes com DM internadas na CMF do HU durante o período de 16/09 a 18/11/1992.

Procedimentos e registros de enfermagem	Freq.	%
Medicações: Via oral	140	24.60
Subcutânea	90	15.82
Endovenosa	02	00.35
Fichas complementares	80	14.06
Prescrições de enfermagem	80	14.06
Evoluções de enfermagem	60	10.55
Controle de diurese	440	07.03
Glicosúria	30	05.27
Arrumação de leito	20	03.52
Auxílio na higiene e conforto	10	01.76
Glicemia capilar	06	01.05
Curativos	06	01.05
Colocação de bolsa de água quente	05	00.88
TOTAL	569	100

Procuramos manter um relacionamento terapêutico com as clientes durante todo tempo em que estivemos com estas, seja na execução dos procedimentos de enfermagem ou durante a coleta de informações. Este relacionamento processou-se através da comunicação verbal e não verbal. Procuramos ouvi-las no sentido de ajudá-las a expressar seus sentimentos, minimizando desta forma o estresse provocado por agentes internos ou externos que se somatizaram muitas vezes através de ansiedades, angústias, raiva, medo e preocupações. Um fator de grande importância para nós foi a possibilidade de perceber o sentimento do ser humano no seu dia durante a hospitalização.

Depoimento de uma cliente que apresentava alguns estressores relacionados com seus desconfortos e alterações físicas: equimoses em MMSS, soroma no dorço da mão esquerda com

dor ao toque, abcesso na região trocânteria esquerda, esco  
riações nas pernas, edema acentuado nos MMII e gangrena evi  
dente no hálux direito com grande sensibilidade dolorosa.

"Ai que doença triste esta, parece que  
veio para me matar. Não tenho mais ânimo  
pra fazer nada. Doença infeliz. Diabete  
escomungada, desgraçada. Um trapo. Se não  
fosse essa doença, eu não estaria assim".

(LSB)

Com relação ao acompanhamento de consultas no ambulatório, durante o período de estágio 07 clientes obtiveram alta, sendo que 02 moravam distante na Grande Florianópolis e 02 no interior do estado. Houve 01 cliente que a consulta de enfermagem foi agendada só para depois do término do estágio. Acompanhamos apenas 01 cliente na consulta, sendo que nosso encontro ocorreu no corredor de espera para consulta médica no ambulatório após sua alta hospitalar. O objetivo era completar o preenchimento do instrumento e passar algumas informações a cliente sobre dieta, já que esta também era portadora de anemia. Estava acompanhada da filha, sendo o meio de locomoção a ambulância de sua cidade. Portanto o tempo para conversa estava limitado, tanto antes da consulta, quanto depois da mesma, pois o motorista a apressava para ir embora. Não foi agendada consulta de enfermagem para a mesma data da consulta médica conforme era nossa intenção, pelo fato da cliente (MEJ) ter recebido alta na nossa ausência do setor (visita domiciliar) e no dia seguinte estar ansiosa para ir embora. Outro motivo para não termos agendado um retorno ambulatorial para outras clientes foi a alta inesperada, tanto para nós como para as clientes (DSJ, MAS, ARS, MEJ), ocorrendo após resultados de exames, quando estávamos ausentes no setor.

As visitas domiciliares que fizemos se deram pelo fato de as clientes receberem alta antes da finalização das orientações previstas e pelo instrumento estar incompleto. E tam



bém pelo interesse em conhecermos a realidade das clientes, e saber como estavam operacionalizando as orientações que receberam, verificar se haviam dúvidas e se gostariam de ter outros esclarecimentos. Durante a internação conversávamos com as clientes sobre uma possível visita domiciliar. Pelo fato de as clientes terem recebido alta quando não estávamos presentes no setor, as marcações das visitas se deram por telefone (MAS) ou contato com familiares que residiam junto (DSJ), sendo que outra fomos sem avisar (ARS). Três vezes saímos para fazer visitas. Na 1ª vez em que saímos a cliente não foi avisada com antecedência. Encontramos a casa com facilidade e fomos muito bem recebidas, esta mostrava-se bastante disposta. Tivemos uma conversa bastante descontraída, havendo períodos aproveitados para orientações, sendo que no final da visita esta nos relatou:

"Foi bom vocês terem vindo aqui. Eu não sabia que também pode ter baixa do açúcar e que a gente pode comer". (ARS)

Saimos da 1ª visita bastante otimistas por termos conseguido alcançar os objetivos que nos levou a fazê-la. Contribuímos com informações para que esta cliente prevenisse episódio de hipoglicemia e suas complicações evitando longos períodos de jejum e exercícios. Contentes ficamos por ela estar enfrentando efetivamente seus estressores:

"Faço a dieta, gosto de refrigerante, cerveja, mas não tenho tomado". (ARS)

Segue o registro da visita domiciliar em apêndice 03.

Na 2ª vez em que saímos para realizar visita domiciliar, mantivemos contato através de telefone com parentes que confirmaram a data e hora. No entanto, no dia marcado para fazer a visita, não encontramos a cliente em casa. Sua comadre nos informou que esta havia saído para uma consulta, não sabendo informar qual hospital. Na mesma semana quando havíamos previsto nova visita, soubemos que a cliente estava internada

na UTI do HU por cetoacidose diabética. Fomos visitá-la na UTI. Deixou-nos transparecer em sua conversa problemas familiares e algumas alegrias como passeios realizados na companhia de seu filho e marido. Permanecemos um pouco no local ouvindo-a e frizamos a importância de se tratar para garantir uma boa vivência livre de complicações; Agradeceu a nossa presença dizendo que iria passar em breve para a CMF.

Na 3ª visita também tivemos facilidade em encontrar a residência. A cliente estava dormindo e fomos recebidas por sua filha que é auxiliar de enfermagem. Ela nos forneceu informações com as quais completamos o instrumento. Informou-nos que ajudava sua mãe fazendo as aplicações diárias de injeções e que sua irmã faz as refeições seguindo a prescrição médica. Relatou que sua mãe já foi uma pessoa disposta, mais do que agora, principalmente depois que passou a não enxergar bem, não tem saído de casa, não lê e tem estado sempre deprimida, sonolenta, as vezes chora e nem sempre gosta de receber visitas. Durante a visita a cliente permaneceu deitada junto do marido em um quarto ao lado da sala onde estávamos, não conseguimos conversar com ela.

Na 3ª visita, não conseguimos conversar com a cliente, mas imaginamos que está sendo bem cuidada. Seus familiares levam ela para tomar sol e passear, porém esta tem enfrentado seus estressores isolando-se, o qual consideramos como inefetivo.

Gostaríamos de termos realizado mais 02 visitas domiciliares a 02 clientes (LSR e MEJ) a fim de ver como estavam enfrentando seus estressores, conhecer o meio ambiente onde vivem, a interação cliente família e a adesão ou não ao tratamento. Porém não foi possível devido a distância de suas residências.

Enfrentar efetivamente um estressor é segundo MILLER (1983) controlar sentimentos desconfortáveis (ansiedade, medo, tristeza e outros), manter os relacionamentos sociais,

manter a esperança e um auto-conceito positivo.

Acreditamos que contribuimos para que as clientes as quais prestamos assistência, enfrentasse mais efetivamente seus estressores. Quando o estressor estava relacionado com falta de conhecimento sobre sua doença, o tratamento, complicações, e outros procuramos ajudá-las dando orientações a cerca de seu problema de saúde, fazendo relacionar sinais e sintomas com a hipoglicemia ou hiperglicemia e as condutas a serem adotadas. Essas orientações se davam a nível individual, coletivo e também junto da família. Sentíamos satisfação quando durante as explicações ouvíamos:

"Eu sentia a maioria disso tudo que está escrito aí". (Cliente da CMM durante a palestra)

Ou quando após uma crise de hipoglicemia noturna, ao chegarmos no quarto no dia seguinte perguntávamos sobre o que havia sentido na noite anterior, tivemos a seguinte resposta:

"Ó pois, eu acho que a diabete tava baixa, comecei a suar, me deu uma tremura. Me trouxeram um lanche daí a pouco eu melhorei". (ZNS)

Buscamos o enfrentamento e a superação de sentimentos desagradáveis através da comunicação onde éramos mais ouvintes do que falantes, através da facilitação da aproximação a familiares por meio de telefone, cartas, foto e até mesmo pessoalmente.

Com uma das clientes, que acompanhamos durante todo o período do estágio, tivemos a satisfação de observar mudanças quanto a aceitação da hospitalização, considerando que o afastamento de seus familiares era um forte estressor para esta cliente. Seu comportamento mudou principalmente no relacionamento com as pessoas do setor. Este se tornou mais fá

cil, cooperativo e entusiasmado. Esta cliente passou a se comunicar bem com todos, ajudava nas atividades do setor tais como arrumação de cama e distribuição de roupas, passou a se envolver com outras clientes tanto dando apoio emocional, como massageando locais doloridos para proporcionar conforto. Enfim, cremos ter contribuído para isso quando a estimulávamos a relatar seus desconfortos físicos, a pedir encaminhamento de seus problemas (dentista, oftalmologista), a conversar com a assistente social para agilizar as consultas marcadas, a pedir que a escriturária lhe passasse tarefas, e outros.

Consideramos, portanto que o fato de termos incentivado esta cliente a desenvolver atividades no setor, que lhe ocupou grande parte do tempo, fazendo-a sentir-se útil, contribuíram para diminuir estressores não só relacionados com o afastamento da sua família, mas também com relação a preocupação e medo com seu tratamento.

Após a realização deste estágio acreditamos que dar informações para as clientes, ouvi-las, encaminhar problemas que não podíamos resolver, facilitar a comunicação com famíliares, mostrar maneiras alternativas de ver os problemas, favorecer o relacionamento entre as clientes, são formas de assistir as clientes que favorecem o enfrentamento mais efetivo de seus estressores. Esta afirmação tem como suporte o fato de termos observado em nossas clientes diminuição da ansiedade, medo, tristeza, manutenção e até mesmo melhora nos relacionamentos sociais e manutenção da esperança de ser saudável.

Objetivo 03. Refletir sobre as experiências práticas vivenciadas.

Estratégia 3.1 - Aprimorar conhecimentos:

Sempre que deparamos com questões novas ou desconhecidas, procuramos buscar respostas em livros e/ou artigos. Pedimos também material atualizado aos acadêmicos de medicina, fazíamos perguntas para melhor relacionar a prática com a teoria a enfermeiras, médicos, nutricionistas e assistentes soci

ais. De todos obtivemos respostas que contribuíram para aumentar o nosso conhecimento.

Podemos citar como exemplo de dúvidas que surgiram os aspectos fisiopatológicos causados na síndrome de cushing e hipertireoidismo. Procuramos resolver estas questões específicas principalmente com pesquisas na biblioteca e esclarecimentos com os médicos residentes responsáveis pelas clientes em questão.

Como resultado desta busca de informações nos sentimos mais seguras em prestar assistência as clientes com DM. Sabemos no entanto que estamos longe de dominar todas as informações a respeito deste assunto.

Questionávamos a orientador sobre assuntos relacionados as clientes, tais como: seu aspecto emocional, patologias além do DM, terapêutica e condutas a adotar. Fazíamos perguntas com relação a adequação de termos científicos usados na evolução e dúvidas de ordem prática.

Com a supervisora discutíamos mais sobre o marco conceitual e planos práticos semanais para o estágio, além de patologias associadas ao DM, que não eram comuns. Foram mantidos encontros regulares de 02 vezes por semana que tiveram duração de 15 a 40 minutos.

Nossas dúvidas mais importantes surgiram principalmente no início do estágio quando tínhamos dificuldades de identificar estressores e enfrentamentos, bem como de planejar as ações de enfermagem. Atribuímos estas dificuldades ao fato de utilizarmos um marco que tinha uma linguagem bastante diferente da que estávamos acostumadas e ao fato do mesmo ainda não estar sendo utilizado na prática, nos faltando exemplos práticos que mostrasse o caminho a ser seguido.

Após muitas conversas entre nós e a supervisora, começamos com muita dificuldade, é bem verdade a "descobrir" como fazer e a entender como o marco conceitual que havíamos escolhido poderia orientar nossa prática.

Percebemos que frente ao indivíduo em condição crônica de saúde é de fundamental importância ver o indivíduo de forma holística. Deste modo procuramos na medida do possível envolver sua família no sentido de ajudar a conscientizar da necessidade e possibilidade de levar uma vida saudável no ambiente em que vive, mantendo seu estilo de vida.

Vimos a importância de compartilhar nosso conhecimento no sentido de ajudá-las a prevenir complicações do DM para poderem alcançar a melhoria da sua qualidade de vida e de seus familiares. Diante de situações estressantes procuramos dialogar com as clientes para ajudá-las a minorar suas tensões emocionais e ansiedades.

A avaliação de nossa prática aconteceu mais de maneira informal, com conversas entre nós, onde discutíamos se os caminhos que tínhamos escolhido era o melhor e que outras alternativas existiam. Nossa orientadora também procurou nos dar o feed back, bem como a supervisora.

Sentimos muitas vezes que nossa prática estava ajudando nossas clientes quando percebíamos expressões faciais de contentamento durante a nossa presença e também elogios por parte da equipe de enfermagem que diziam que estas clientes estavam emocionalmente equilibradas.

Acreditamos que o marco conceitual escolhido foi adequado a prática. Após as discussões feitas com a supervisora durante a escolha, na implantação deste e ajudadas pelas leituras relacionadas que fizemos. Partimos para a prática com o compromisso de ver a cliente como um todo. Durante as anotações e reuniões que tínhamos, refletíamos sempre a pergunta: O que estressa a cliente e o que ela faz frente a essa situação? Em seguida vinha o questionamento sobre o que tínhamos feito para ajudar este indivíduo a enfrentar efetivamente estressores.

Destacamos como pontos positivos da utilização do marco conceitual que selecionamos os seguintes aspectos:

- .. Leva a enfermeira a conversar mais com o cliente, pois somente através desta é que consegue identificar seus estressores;
- . Procura ver o cliente como um todo, não o dividindo em partes, por exemplo: social, físico e psíquico;
- . Ele tem uma ampla abrangência e ao mesmo tempo é específico, é específico pois mesmos através de uma simples informação pode-se eliminar um estressor ou ajudar este indivíduo a enfrentar melhor um determinado estressor. Sua abrangência é ampla porque muitas vezes ele requer o envolvimento de vários profissionais e também de familiares, amigos e outros;
- . Compromete mais o profissional no atendimento global a cliente envolvendo-a na necessidade de diminuir seus estressores, principalmente quando o ajuda a enfrentá-los melhor.

Com relação as dificuldades de aplicação na prática do marco e suas deficiências destacamos:

- . Sua aplicação na prática pode ser bastante difícil pois além de requerer um conhecimento que até então não vem sendo utilizado, requer uma estrutura administrativa mais flexível e completa;
- . Um aspecto que o marco não dá suporte, são para aquelas situações em que existem alterações orgânicas sobre as quais o cliente não tem conhecimento ou mesmo não os valoriza e que portanto não é um estressor para ele, Como a enfermeira age perante esta situação? Algumas vezes optamos por informá-la do que estava acontecendo, com isso lhe trazíamos um estressor. Ficamos com dúvidas sobre se havia alternativas diferentes. Não as encontramos.

Concluimos que muito contribuimos, apesar de algumas vezes sem perceber no momento. Somente ao final do estágio é que juntando nossas anotações, declarações do pessoal de enfermagem e das clientes é que refletimos sobre nossa contribuição efetiva na diminuição ou eliminação dos estressores.

## Atividades desenvolvidas e não planejadas:

### Passeio com as clientes

Levamos as clientes para fora do setor 05 vezes num intervalo de 10 dias. Dávamos preferência em levar as diabéticas em condição de deambular, mas também levamos outras clientes. Saíamos logo após o café das 14:30 horas. O passeio se dava nas proximidades do hospital em torno do lago. Durante o passeio colocávamos a importância do exercício e de se fazer caminhadas, estimulávamos a conversa. Quase sempre comparavam as paisagens com as de suas cidades. Todas se mostraram contentes, apanhavam flores, contemplavam o céu, lago, verde e respiravam fundo.

"Bem, parece que alivia o coração". (ZNS)

"Eu não conhecia, cheguei de carro e já faz quase um mês que não saio do quarto".

(MT)

### Acompanhamento a exames externos e internos

Tres vezes acompanhamos as clientes a exames externos. A 1ª fomos de ambulância com 02 clientes na Clínica São Sebastião, conversamos com a recepcionista de modo a agilizar o exame, aproveitamos o tempo de espera para preencher o instrumento e orientar sobre o procedimento do exame. Acompanhamos 02 vezes uma cliente ao serviço odontológico da UFSC e prestamos informações sobre sua patologia e alertamos quanto a demora e o risco da cliente ter uma crise de hipoglicemia.

Quanto aos exames internos sempre que as clientes sob nossa assistência tinham solicitação de eletrocardiograma ou RX, reunimos todas as outras clientes do setor e levamos para a realização dos exames. Isso aconteceu cerca de 06 vezes. Notamos uma integração entre estas, havendo uma relação de ajuda para com as mais dependentes (cadeira de roda ou idosas), pareciam independentes e confiantes pelo fato de estarem



tarem em conjunto, algumas davam as mãos. A conversa era descontraída.

### Palestras

Foram realizadas 04 palestras, 03 no setor e 01 no Centro de Saúde do bairro do Itacorubi abrangendo assuntos relacionados ao diabetes. Foram convidados os funcionários e clientes do setor, clientes da CMM e Clínica Cirúrgica I e II, alunos e professores de enfermagem que estagiavam no local. A duração média foi de 30 minutos entre apresentação, comentários e conclusão.

Sempre ao iniciárm<sup>os</sup> a palestra fazíamos a apresentação: nome, curso e o que estávamos fazendo no setor e o objetivo da reunião. Perguntávamos quem era diabético ou se conheciam alguém que fosse, o que sabiam sobre a diabetes e experiências próprias como sintomas, condutas e outros. Os recursos visuais usados foram cartazes ilustrados e escritos.

A 1ª palestra ocorreu na 5ª feira do dia 14/10 as 10:30 horas, participaram 12 pessoas incluindo nós, supervisora, clientes diabéticos e não diabéticos, alguns clientes de outras unidades e funcionários.

Os tópicos discutidos na 1ª palestra foram:

- . O que é diabetes?
- . Onde é produzida a insulina.
- . O processo da digestão dos alimentos.
- . Ação da insulina no organismo.
- . Qual a importância do alimento e a importância da insulina.
- . O que acontece na falta da insulina (hiperglicemia).
- . Quais os sinais e sintomas da hiperglicemia?
- . O que fazer?
- . Mecanismos da hipoglicemia.
- . Quais os sinais e sintomas da hipoglicemia?
- . O que fazer?
- . Por que ocorre a hiperglicemia?
- . Por que ocorre a hipoglicemia?

A 2ª palestra ocorreu na 3ª feira, dia 20/10 as 10:30 horas, participaram 25 pessoas, incluindo a nutricionista Gi sele do HU (palestrante convidada), funcionários, orientadora, e clientes do setor e de outras unidades.

Inicialmente foi feito um rápido feed back do assunto antes exposto e após dado a palavra a nutricionista que falou sobre a dieta, o que comer, o que evitar, quantidade e impor tância.

A 3ª aconteceu na 5ª feira do dia 19/11 as 10:30 horas participaram 20 pessoas, 02 alunas da 5ª fase que contri buiram com a palestra.

Inicialmente fizemos um feed back dos tópicos anteriormente expostos incluindo: O que comer e o que evitar, a dife rença da digestão do açúcar natural e o açúcar refinado. Após as acadêmicas da 5ª fase colocaram sobre hipoglicemiantes orais, a importância de seguir as orientações médicas, técnica de aplicação de insulina e locais de aplicação, cuidados com a reutilização da seringa e agulha. Finalizando enfatizamos os cuidados com os pés, mãos e unhas, complicações como: no coração, rins e extremidades.

Na 5ª feira do dia 22/10 fomos dar uma palestra no Centro de Saúde II do Itacorubi por convite das acadêmicas de enfer magem da 8ª fase que desenvolviam estágio no local. Partici param 24 pessoas. O assunto apresentado englobou todos os tópicos discutidos anteriormente.

Em todas as palestras os participantes demonstraram entus iasmo. Houve relato de experiências com o diabete e questi onadas também fomos.

Todos saíam com ar de contentamento, agradecendo e ressaltando aspectos novos que aprenderam. As palestras ministradas foram de fundamental importância, pois foi um momento em que tivemos oportunidade para compartilhar e transmitir o co nhecimento. Foi também uma oportunidade de integração com ou

tro profissional (nutricionista) e alunas de outra fase (5ª). Nos sentimos muito gratificadas vendo o reconhecimento dos nossos esforços.

#### Palestras com os funcionários do setor

Realizamos 02 palestras para os funcionários do setor no turno matutino e vespertino, totalizando 04 palestras. Os assuntos abordados foram síndrome de cushing e hipertireoidismo. Os recursos utilizados para a apresentação foram a explanação verbal, slids para síndrome de cushing e transparência escrita e ilustrada para o hipertireoidismo. Escolhemos estes assuntos pois 03 clientes que acompanhamos eram portadora destas patologias, e os funcionários do setor demonstraram falta de conhecimento perante o comportamento destes clientes.

Durante a apresentação os funcionários comparavam as referidas alterações fisiológicas e comportamentais com as observadas, fizeram perguntas e obtiveram respostas.

"Ah! Ela dormia com o olho aberto mesmo".

(Técnicos de enfermagem)

"É bom a gente ter essas aulinhas, eu notava que ela era diferente, mas eu não sabia que era por causa da doença".

(Auxiliar de enfermagem)

Satisfeita ficamos em termos feito uma interação entre o nosso estudo e o aprimoramento do conhecimento dos funcionários que se demonstraram bastante interessados em aprender. Pudemos também verificar que, mesmo desconhecendo as causas dos comportamentos apresentados pelas clientes, os funcionários haviam contribuído para melhorar a auto-imagem e auto-estima destas clientes.

#### Visita a todas as clientes semanalmente

Acompanhávamos as enfermeiras do setor na passagem da visita 01 vez por semana. Fazíamos isso para satisfação própria, para estarmos inteiradas dos acontecimentos do setor e

situadas quando na passagem de plantão. Não participamos mais vezes por causa da morosidade das visitas.

## VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aluno é livre para escolher o campo de atuação a fim de alcançar os objetivos propostos pela 8ª fase, a estes cabe elaborar um projeto voltado para a assistência de enfermagem.

Finalizamos o relatório, com o objetivo de concluir o Curso de Graduação em Enfermagem.

Só foi possível chegarmos ao final desta etapa considerando que, em virtude da existência da relação de apoio, e colaboração de nossa supervisora, na elaboração e conclusão deste projeto, e com o incentivo e disposição da nossa orientadora que nos acompanhou ao longo deste.

Obtivemos um crescimento pessoal e acadêmico durante todo o transcorrer do trabalho.

Atendemos a nossa proposta de atuação adquirindo maiores conhecimentos teórico-práticos voltados para a assistência de enfermagem para a cliente portadora de DM.

Esta proposta de trabalho por nós escolhida foi um constante desafio no intuito de alcançarmos os objetivos propostos. Cuidar do cliente portador de DM não é cuidar de uma simples patologia pois exige do profissional dedicação e perseverança em busca de uma melhor qualidade de vida através do enfrentamento efetivo.

Sabemos que o enfermeiro é visto como membro educador, cabe a ele despertar e motivar na sua equipe a necessidade e a importância da orientação para estes clientes.

Das palestras que proferimos (DM, cushing e hipertireoidismo), alegres ficamos em ter a presença da equipe com

entusiasmo, demonstrando interesse em aprender.

Entendemos que não solucionamos todos os estressores das clientes portadoras de DM, no entanto cremos que foi possível amenizar, resolver ou ajudar a resolver e até mesmo encaminhar para um enfrentamento efetivo frente aos estressores.

Quanto ao marco, este nos colocou frente a cliente com um maior compromisso, adequando-se a prática. Porém os estressores fisiológicos que nem sempre são conscientes a cliente, também cabe ao profissional atender.

Encontramos facilidades na boa relação com a supervisora, boa aceitação pela equipe de enfermagem e outros profissionais, aplicação do marco teórico, bom relacionamento com as clientes e autonomia e liberdade para atuação.

## VII - RECOMENDAÇÕES

Recomendamos:

- . Educação continuada; por entendermos que este é um trabalho preventivo e benéfico aos clientes, familiares e equipe;
- . Aplicação do marco conceitual usado pelo NUCRON, mais vezes em estudo por docentes e acadêmicos de enfermagem; a fim de superar as dificuldades encontradas;
- . Reedição e distribuição pelo HU do manual do diabético; pois serve de subsídio de informações para os clientes;
- . Um maior interrelacionamento entre as fases do curso; cremos que este intercâmbio traz maior segurança e planejamento do acadêmico para as fases posteriores, através da experiência obtida pelos contatos prévios;
- . Incentivar a leitura dos trabalhos de conclusão da 8ª fase, entre os demais acadêmicos; no sentido de um melhor envolvimento, preparo, determinação, planejamento e valorização da disciplina.

## VIII - BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA

01. ARMSTRONG, Mell. Coping with diabetes mellitus. Nursing clinics of. north América: v 22, nº 03, p 559-568, 1987
02. COSTA, Marino E. de Brito. A equipe multiprofissional ao diabético - participação da enfermeira. In: Encontro nacional de educação em diabetes, 2º, Florianópolis, 2 a 5 de novembro de 1988, ANAIS... Florianópolis, 1988.
03. MACHADO, Heloisa B. Esboço do marco de referência para as sistência de enfermagem a pacientes com acidentes vascular cerebral. Florianópolis-SC, junho de 1990, p 22 (datilografado).
04. MENGUEL, A. The concept of. coping. Top. Clin. Nurs. USA, 4 (2): 1-3, jul. 1982.
05. MILLER, J. F. Coping with chronic illness. In: Coping with chronic, illness overcoming powerlessness. Philadelphia, F. A.: Davis Comp, 1983, p 15-36.
06. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de diabetes. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Doenças Crônico-degenerativas. Brasília, 1990, p 92.
07. NUCRON. Marco conceitual para indivíduo em condição crônica de saúde. UFSC, Florianópolis, 1992 (mimeografado).
08. OLIVERI, Durval Pessoa. O ser doente dimensão humana na formação da saúde. São Paulo, Moraes, 1985.
09. RIBEIRO, et al. Controle das doenças crônico-degenerativa na rede de serviço de saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1987.
10. SANDOVAL, José Maximiliano Henriquez, LOPES, Ivanilda Peixoto, FERREIRA, Marco César Félix. Necessidades educativas da paciente diabética - Um confronto entre o saber popular e o saber científico. Encontro Nacional de Edu



cação em Diabetes, 2º Florianópolis 2 a 5 de novembro de 1988. ANAIS... Florianópolis, 1988.

11. SAUNDERS, J. M. & MCCORLE, R. Social support and coping with lung cancer. West J. Nurs. USA, 9 (1): 29-42, 1987
12. SILVA, Denise M. G. Vieira da, Desafios e enfrentamentos: um modelo para a prática de enfermagem à indivíduos em condição crônica de saúde. Florianópolis, UFSC, 1990, p 153. Dissertação de Mestrado.
13. TRENTINI, Mercedes et al. Ocorrência de doenças crônico-degenerativas em indivíduos atendidos em instituição de saúde de Florianópolis. Rev. de Ciência da Saúde. Florianópolis, SC, 1991. v 10, nº 1/2, p 34-48.
14. TRENTINI, Mercedes, SILVA, Denise M. G. Vieira da. Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável. Rev. Texto e Contexto - enfermagem. Florianópolis, v 1. nº 2 1992. (no prelo)
15. TRENTINI, Mercedes, SILVA, Denise M. G. Vieira da, MACHADO, Heloisa B. Marco conceitual para orientar a prática de enfermagem a pessoas em situação crônica no processo saúde e doença. Florianópolis, UFSC, 1991. (mimeografado)

## APÊNDICE 01

Questionário - sobre a experiência do viver em Condição Crônica  
de Saúde

- IDENTIFICACAO E LEVANTAMENTO DAS CONDIÇÕES DE VIDA

- Nome: L. S. R. ....
- Endereço Residencial: R. QUILOMBO... S/Nº... BA. CORUABI...  
nº ..... Bairro..... Telefone. 33.53.17. ....
- Ponto de Referência: Perto da Janela do Davi.....
- Data de Nascimento: 23./12./68... (23 ANOS).....
- Sexo: Fem (X) Masc ( )
- Cor: Branca (X) Preta ( ) Parda ( ) Outra .....
- Estado Civil:
- |                |                |
|----------------|----------------|
| Solteiro ( )   | Amasiado (X)   |
| Casado ( )     | Separado ( )   |
| Vivo ( )       | Desquitado ( ) |
| Divorciado ( ) |                |
- Você sabe ler? sim (X) não ( ) Leio com dificuldade ( )
- Você sabe escrever? sim (X) não ( ) Só sei escrever meu nome ( )
- Qual o seu nível de escolaridade?

	completo	incompleto
Primário/1º grau.....		
Ginásio/1º grau.....		X
Colegial/2º grau.....		
Universitário/3º grau		

-Como você se sente em relação a sua escolaridade (satisfação)?

..SERIA...BOM...SE...ESTUDASSE...MAIS...PARA...PODER...  
..ARRUMAR...UM...EMPREGO...MEHOR...

-Qual a sua religião?..CATÓLICA...

-Com que frequência você a pratica?..NÃO FREQUENTA..DEVIDO AOS FILHOS..-

-Como se sente em relação a ela? ..BEM, ..A CREGOIRA EM DEUS, ..PEDE  
..AQUE...QUE...AJUDA...EM SUA...VIDA...

-Qual a sua profissão/ocupação atual?..FA XINGUARA...

-É aposentado?            sim ( )            não (X)

-Se for aposentado, responda as 4 questões a seguir:

.Qual o motivo da aposentadoria? .....

.Há quanto tempo está aposentado?.....

.Mesmo aposentado, exerce outra atividade? sim ( ) não ( )

.Se sim, que atividade? .....

-Qual sua renda mensal? (em salários mínimos)

.Individual HÁ...1 MÊS, ...O SALÁRIO...

.Familiar (que moram na mesma casa) ...3 SALÁRIOS...

-Você recebe alguma ajuda material (dinheiro, roupa, comida) para viver? sim (X) não ( )

.Se sim, de quem recebe ajuda? ..MÃE, ..CUNHADA, ..IRMÃ...

.Que tipo de ajuda recebe? ..ROUPA, ..COMIDA, ..DINHEIRO...

-Você mora em:

casa própria            (X)

asilo ( )

casa alugada            ( )

pensão ( )

casa emprestada ( )

outra. Qual? com outras pessoas?....

..(CASA...DA...MÃE)... ..

-Você mora:

sózinho(a) ( ) com irmão (s) (3)  
com esposo(a) ( ) outro(s) parente(s) ( )  
com filho(s) (2) com amigo(s) ( )  
com neto(s) ( ) Outros. Quem? outra família? MAS.....  
...com os pais (X) .....

-Quantas pessoas moram na mesma casa com você?.....6.....

-Como se sente em relação a casa onde você mora?.....

NAO ME SINTO BOM, GOSTARIA DE TER A MINHA CASA, E MUITO  
MAIO VIVER ASSIM.....

-Quais os meios de informação que mais utiliza?

jornais (X) conversa ( )  
rádio (X) encontros ( )  
televisão (X) igreja ( )  
revista ( ) escola ( )  
livros (X) associassão ou grupos ( )

Outros Quais?.....

-Como você se sente em relação aos meios de comunicação que dispõe?

E BOM PARA SABER NOTÍCIAS E PARA SE DISTRAIR.....

-Você sabe que problema de saúde tem? sim (X) não ( )

.Se sim, relacione abaixo:

	Há quanto tempo tem	(Médico, Enfermeiro, farmacêutico, curandeiro, etc)	
Nome da doença	a doença	Com quem se trata	Onde se trata
- Tirei o RIM	AOS 9 ANOS DE IDADE	MÉDICO	PROCURAVA O POSTO DE SAÚDE, MAS NÃO ERA ATENDIDA, NÃO TINHA MAIS FICHA
- A P.A	HÁ 2 ANOS		ATUALMENTE PROCURA A EMERGÊNCIA DO HU.
- Tireóide	HA 5 ANOS		
- DIABETE	DURANTE A INTERNAÇÃO (17/09/92)		

-Em que situações busca estes serviços?

Para consulta periódica (X) Para buscar material ( )

Quando passa mal (X) Para fazer tratamento ( )

Para buscar remédio (X) Para exame de laboratório (X)

Outro(s) motivo(s) Qual(is)? QUANDO ENCAMINHADA...PELO...MÉDICO.....

-Você participa de algum grupo organizado de crônicos?(diabéticos, hipertensos, ostomizados e outros) sim ( ) não (X)

-Se sim, responda as 3 questões a seguir:

.Qual o nome do grupo?.....

.Onde são os encontros do qual pertence?.....

.Participa das reuniões do grupo: Sempre que há ( )

As vezes ( )

-Já esteve internado em algum hospital? sim (X) não ( )

-Se sim, responda as 4 questões a seguir:

.Quanta vezes esteve internado?...2 VEZES.....

.Onde esteve internado?...1º NO HOSPITAL...e LAGES.....

.Porque precisou internar?...PARA...OPERAR...O RIM.....

-Como você se sentiu no hospital? ...NÃO LEMBRO PORQUE ERA  
...PEQUENA (9 ANOS).....

-Você recebe assistência de saúde através do:

INAMPS (X) Particular ( )

Convênios por seguros de saúde ( )

Outro(s) Qual(is).....

-Você tem alguma dificuldade para frequentar o serviço de saúde?

.sim (X) não ( )

- Se sim, que dificuldade? .....TRANSPORTE...DISTÂNCIA.....  
 .....  
 -Como você se sente como pessoa em relação a sua saúde?  
 -Saudável (X) Doente ( ) Outro:.....

## II-DESAFIOS E ENFRENTAMENTOS

-Depois que você teve este problema de saúde (substituir o termo problema de saúde pelo que for referido pelo paciente), teve que mudar:

a)-Alimentação:

	Diminuir	Retirar
.Sal	(X)	( )
.Açúcar (carboidratos)	(X)	( )
.Gordura	(X)	( )
.Outra mudança ( ) Qual? .....		
.Não houve mudança ( )		

Se houve mudança:

.Como se sente em relação a ela? ACNO..MUITO..RUIM.., AGORA..VOU TER QUE TOMAR TUDO..SEM AÇÚCAR..; PENSAVA QUE ERA UMA DIETA COSTOSA, COMO SE COME EM CASA:.....

.O que você fez em relação a esta mudança (como enfrentou)?

..SENÃO QUE AGITAR..O QUE VOU FAZER..POIS SENÃO QUE PICAR..BOA:.....

b)-Teve que tomar:

.comprimidos/líquidos ( )  
 .injeções (X)  
 .Outro(s). Qual(is)?.....  
 .....  
 .Não precisou tomar remédio ( )

-O que você fez em relação a esta recomendação (como enfrentou)?....

ACNO..RUIM..TER QUE TOMAR INJECAO E PICAR O DEDO DOÍ E FICAR COM A PELE ROXA..QUANDO FOR PRÁ CASA VOU ME APLICAR E JÁ SEM.....

c)-Atividades físicas (exercícios) em relação a:

andar (X) andar de bicicleta ( )

nadar ( ) fisioterapia ( )

correr ( ) fazer repouso (X)

ginástica ( ) Outro(s) Qual(is)?..FAZER...EXERCÍCIOS.....

.....  
Não houve mudança ( )

-O que você fez em relação a esta recomendação (como enfrentou)?

...ANDei...REPOUSEI...QUANDO TINHA...POUCO AÇÚCAR...E FIZ...  
...ALGUNS...EXERCÍCIOS.....

d)-Você teve que fazer algum outro tipo de tratamento ou exame?

Tratamento sim (X) não ( )

Exame sim (X) não ( )

-Se sim, que tratamento ou exame?..DIETA p/ GLICÉIDE...TESTE...DE...  
DIABETE...COM...PICOES...NOS DEBOS...GLICOSÚRIA.....

-O que você fez em relação a estas recomendações (como enfrentou)?

...COMIA...SÓ...O...QUE...TRAZIA...MAS...RECHAMAVA...DE...FOME...E...  
...O MÉDICO...AUMENTOU...AS...CALORIAS...YENNO TENTADO FAZER...  
...A GLICOSÚRIA.....

-Depois de você ter este problema de saúde, teve algum desconforto, incômodo ou dor? sim (X) não ( )

-Se sim, de que tipo?..TONTURA...EMBARALHA MENTO...DAS...VISTAS...MOLE-  
ZA...NAS...PERNAS...SUOR...ANSIEDADES.....

-O que você procurou fazer em relação a este problema ?(como en-  
frentou)?..QUANDO TONTA, ME DESITO...TENDO MEDO DE CAIR...VISTA EMBA-  
RALHADA...NAO...FAÇO NADA...MONEZA...NAS...PERNAS...SÓ SENTO...E  
DEITO...NA...CAMA...QUANDO SUO...ME...DESTAMPO...FALO...PARA...AS...  
ENFERMEIRAS...E...MÉDICO...PORQUE...ACHO...QUE...NAO É NORMAL.....



-Você achou (ou acha) importante saber sobre seu problema de saúde?

sim (X) não ( )

-Se sim, o que fez para ter informações sobre sua saúde? (como enfrentou)?

...PERGUNTEI... PRA... MARGARIDA... O QUE É... DI A BERE... SÁ ISSO... NAO...  
...GOSTO... MUITO... DE... LEMBRAR.....

-O que você sabe a respeito de seu problema de saúde?

...AÇÚCAR... NO... SANGUE... QUANDO... A... GLICOSE... BAIXA... PROVOCA... TONTURA...  
...RA... DO... NAS... PERNAS... DOR... DE... CABEÇA... SUOR FRIO... QUANDO... ALTA... ME...  
DA TONTURA.

-Qual a causa de seu problema de saúde?.....

...DOÇURA... SÓ... PODE... SER... EU... COMI... DOÇURA.....

-Para quem você solicitou informações ou onde as buscou?

P/... MARGARIDA... NO... HU.....

-Você gostaria que mais alguém recebesse alguma informação a respeito de seu problema de saúde? sim (X) não ( )

-Se sim, quem?

amigos ( ) colegas de trabalho ( )

familiares (X) Outros. Quem?.....

patrão ( ) .....

-Que informações gostaria que recebessem?...TUDO... QUANDO... A... GLICOSE...  
...TA... BAIXA... QUANDO... TA... ALTA... A... DIETA... EXERCÍCIOS... COMO... SE...  
...TRATAR.....

-Como se sente em relação as informações que recebeu?...EU... NEM.....  
...GOSTO... DE... FICAR... FALANDO... PARECE... QUE... EU... FICO... MAIS... DOENTE...  
...ACHO... RUIM... FALAR... DESSA... DOENÇA.....

-Depois que você teve este problema de saúde, houve alguma mudança em relação ao seu trabalho? sim (X) não ( )

-Se sim, que tipo de mudança?...NEM... SÓ... MAS... MINHA... MAG... SE...  
...VENHO... UM... TRABALHO... MAIS... LEVE... QUE... POSSA... FAZER... ALGUMA... COISA.....

-O que você fez em relação a esta mudança (como enfrentou)?

-EU TENHO QUE TRABALHAR DEPOIS QUE SAIR DO HOSPITAL, TENTO  
2 FILHOS PRÁ SUSTENTAR, POR COMIDA, ROUPA, E TUDO O QUE PRECISO.

-Em relação a sua comunicação (fala, audição, leitura, escrita) houve alguma mudança depois que você teve este problema de saúde?

sim (X) não ( )

-Se sim, que tipo de mudança? VISTA, EMBARA UNDO, A FALA  
COMEÇOU A FICAR MAIS ROUA.

-O que você fez em relação a esta mudança (como enfrentou)?  
NÃO FIZ NADA.

-Depois que você teve este problema de saúde houve alguma mudança em relação a sua locomoção? (andar, correr, subir escada, etc)?

sim (X) não ( )

-Se sim, que tipo de mudança?  
COMEÇEI A FICAR MAIS CANSADA E FRACA.

-O que você fez em relação a esta mudança (como enfrentou)? SÓ QUANDO  
DO VI QUE NÃO DAVA MAIS É QUE PROCUREI O MÉDICO.  
VIM PRO HO E FIQUEI INTERNA.

-Você teve alguma mudança no seu cuidado pessoal (alimentar-se, vestir-se, higienizar-se) depois que teve este problema de saúde?

sim (X) não ( )

-Se sim, que tipo de mudança? AH! TIVE QUE COMER MENOS,  
ANTES EU COMIA BASTANTE.

-O que fez em relação a essa mudança (como enfrentou)?  
EU PEDEI PARA O MÉDICO MAIS COMIDA PORQUE EU  
TAVA FICANDO COM FOME.

-Houve alguma mudança nas suas atividades de lazer depois que teve este problema de saúde? sim (X) não ( )

-Se sim, que tipo de mudança?.....  
..PENSO...QUE...AGORA...TENHO...QUE...ME...CUIDAR...MAIS.....  
.....

-O que fez em relação a esta mudança (como enfrentou)?  
..ACHO...QUE...QUANDO...ME LEMBRAR...POSSO...SÓR,...PENSAR...PAS...  
..SER...SEJA...O...QUE...DEUS...QUIER!.....

-Depois que teve este problema de saúde houve alguma mudança no seu relacionamento com:

pais	( )	amigo(s)	( )
esposo(a)	( )	Outro(s) parente(s)	( )
filho(s)	( )	Outra(s) pessoa(s)	( ) Quem? .....

(ELES...NÃO...SABIAM...QUE...EU...TINTA...DIABETE.

Não houve mudança ( )

-Se houve mudança, que tipo de mudança ocorreu?....ESTOU...PREOCUPA...  
..DA...MINHA...FAMÍLIA...TAMBÉM...SE...PREOCUPA...MUITO...COMIGO.....

-O que fez em relação a esta mudança (como enfrentou)?  
..TENHO...QUE...FAZER...TRATAMENTO...DIETA...EXERCÍCIOS...E...  
...MUITO...ANSIOSA...E...CHORO.....

-Quem lhe ajuda com relação ao seu problema de saúde?.....  
..EU...QUE...VIM...SOZINHA...PROCURAR...O MÉDICO...MINHA MÃE...NÃO...SA...  
..BIA...MEU MARIDO...NÃO...ME AJUDA.....  
-Houve mudança na sua situação financeira? sim (X) não ( )

-Se sim, que mudança? AGORA...EU...NÃO...POSSO...TRABALHAR...NÃO...GOSTO...  
..DE...FICAR...SEM...DINHEIRO...QUERO...COMPRAR...AS...COISA...PROS MEUS...  
..FILHOS.....

..-O que fez com relação a esta mudança (como enfrentou)?.....  
..Ah!...EU...VIM...PRO MÉDICO...QUE...QUERO...IR...EMBORA...QUE...  
..QUALQUER...DIA...EU...SAÍO...CORRENDO...POR...ESSAS...CORREDORES.....

-E no seu relacionamento sexual, houve alguma mudança depois que você teve este problema de saúde? sim (X) não ( )

-Se sim, que tipo de mudança? EU TAVA BEM... RUIM... MEU MUNDO... DIZIA...  
...QUE EU... NÃO... TINHA... NADA... MINHA... RELAÇÃO... COM... ELE... NÃO... É... BOA...  
...ELE... VIVE... MAIS... NA... RUÍ... PO... QUE... EM... CASA...

-O que fez em relação a esta mudança (como enfrentou)?

FUI... MORAR... COM... MINHA... MÃE... UM... DIA... MEU... MUNDO... VIO... M.E. VISIT...  
...JÁ... MAS... EU... NÃO... QUIS... CONVERSAR... COM... ELE... E... PEQ... PARA... QUE... ELE...  
...NÃO... VIESSE... MAIS... AQUI... NÃO... QUERO... SABER... DELES...

-Depois que você teve este problema de saúde houve alguma mudança no seu corpo ou aparência física? sim (X) não ( )

-Se sim, que tipo de mudança? EU... COMECÇ... A... EMAGRECER... FIQUEI...  
...SÓ... NO... OSSO... É... NA... PELA... FIQUEI... FEA...

-O que fez em relação a esta mudança (como enfrentou)?

...NÃO... FIZ... NADA... EU... COMIA... PORQUE... SENTIA... FOME... E... NÃO... ENCON...  
...LAVA...

-O que você sentiu quando soube que tinha este problema de saúde?

AH... FIQUEI... DORMIDA... E... DISSE... POR... QUE... EU... COM... DIABETE...?

-O que você fez em relação a esta situação (como enfrentou)?

...FIQUEI... MUITO... NERVOSA... CHORAVA... MUITO...

-O que você pensa que as pessoas acham de você?

AINDA... NEM... PENSA... NISSO...

-O que você acha de você mesmo, atualmente?

...TENHO... QUE... AGITAR... O... QUE... EU... VOU... FAZER...?... NÃO... POSSO... FAZER...  
...NADA...

-Como você enfrenta isto?

...SENTI... MUITA... RAIVA... QUANDO... SABIA... QUE... TINHA...  
...DIABETE...

-O que você espera do futuro com relação ao seu problema de saúde?

...ESPERO... QUE... VOU... MELHORAR... SEJA... O... QUE... DEUS... QUISER...  
...ELE... É... QUEM... SABE...

## APÊNDICE 02

NOME: LSR

DATA: 16/09/92

ESTRESSORES | ENFRENTAMENTOS | PLANO ASSISTENCIAL

01. Hospitalização, a afastamento da família e saudades dos filhos - Deixa os filhos para a mãe cuidar - Isola-se
- Estimular interação com ou tras clientes  
- Procurar dar informações so bre como estão os filhos  
- Oferecer atividades do se tor (distribuição de roupas cortar algodão, etc)  
- Oportunizar passeio fora do setor (jardim e lago do HU)  
- Estimular ida a sala de re criação
02. Má conservação dos dentes, com várias cáries - Não vai ao dentarista porque terá de deixar de ir ao trabalho
- Encaminhar ao serviço odon toológico da UFSC  
- Perguntar como é o hábito de escovação dentária  
- Oferecer material para higi ene oral  
- Perguntar se sente dificul dade para se alimentar
03. Tou muito magra, tou na pele e no osso. Sinto mui ta fraque za - Come para engordar e ficar forte
- Explicar a importância dos alimentos para a manutenção do organismo  
- Verificar o poder de aquisi ção  
- Procurar melhorar sua auto-imagem  
- Orientar sobre diabete e di eta
04. Presença de manchas es branquiça das na pele, que di ficulta ar ranjar en prego - Vai procurar emprego nem que seja de fa xineira, o ma rido não quer trabalhar
- Procurar ouvir problemas fa miliares e discutir alterna tivas de ações  
- Encaminhar ao dermatologis ta
05. Não tenho casa pró pria, onde eu morava antes a ca sa era de pau a pi que, cho via dentro e não ti nha banhei ro - Saiu da casa e foi morar com a mãe, mas acha muito cha to e ruim
- Verificar a possibilidade de adquirir sua casa pró pria  
- Ouvir  
- Conversar com o marido para verificar a possibilidade de entendimento

ESTRESSORES | ENFRENTAMENTOS | PLANO ASSISTENCIAL

06. Relacionamento ruim com o marido - Quer a separação do marido - Ouvir  
- Deixar expressar seus sentimentos, angústias e ansiedades
07. Desconhecesobre a do ença (DM) - Quer saber sobre a doença (DM) - Explicar o que é DM, utilizando recursos audio-visual e partindo do que sabe e de suas experiências de vida
08. Desconheceos locais de aplica ção de insulina - Quer saber e aprender os locais para rea lizar corretamente as apli cações - Orientar sobre os locais de aplicação de insulina, através de: demonstração da prá tica e supervisão do aprendizado
09. Ter que fazer dieta - Acha muito ruim, mas faz para ficar boa - Explicar sobre a importância da dieta  
- Supervisionar ingesta hídrica e alimentar  
- Discutir a adaptação de sua preferência com a prescrição
10. Nível sócio-econô mico baixo Insatisfação como faxineira - Tem que trabalhar de faxi neira - Conversar e discutir alternativas de emprego  
- Destacar ou descobrir junto suas habilidades
11. Presença do marido durante a visita - Nega a comunicação verbal  
- Desvia o olhar - Evitar a visita do marido enquanto ela não aceitar  
- Fica ansiosa e sente raiva - Discutir possibilidade de conversar com o marido  
- Ouvir
12. Saudade dos filhos - Chora, fica ansiosa, preocupada e irri tada - Conversar com sua mãe para verificar a possibilidade de trazer os filhos para vê-los
13. Fome, refere que a comida é pouca - Pega sobra de comida do carrinho e de sua companheira de quarto  
- Reclama para todos que a comida é pouca - Supervisionar e observar  
- Discutir com a cliente repercussões de alimentar-se fora da dieta

## APÊNDICE 03



DATA/HORA	EVOLUÇÃO DO PACIENTE
21/10/92	<p>P1      Evolução da visita domiciliar</p> <p>S - ARS diz ter vontade de comer bolo, refrigerante, cerveja, caldo de cana. Mas tem seguido as orientações. Suas refeições tem sido sem gordura, compra carne magra. Tem se alimentado de folhosos. Ontem seu café da manhã foi 02 colheres de aveia com 02 bananas amassadas. Depois saiu as 08 horas e voltou só as 15:00 horas, no centro andou bastante sentindo-se tonta e dores de cabeça. Não fez nenhum lanche, teve vontade de tomar coca-cola. Em casa sempre anda pelos arredores. Não consegue ficar parada pensando na vida. Tem lido um livro (Alcurela pelos alimentos) leu algo sobre diabete. Vai mudar brevemente de endereço, indo morar na avenida Mauro Ramos. Seu genro é endocrinologista e deverá vir participar do congresso sobre diabete dia 21/11/92. Vai aproveitar sua vinda para somar algumas dúvidas. Diz não saber que teria de ter cuidado com o horário da alimentação. Pensava que só bastava a dieta e que o jejum não seria prejudicial. Sabe que o diabete pode provocar complicações e problemas visuais.</p> <p>O - O livro estava marcado em várias páginas, inclusive o texto sobre a fisiologia do pâncreas. Feito o exame no glicosímetro a glicemia estava em: 94 mg/dl. Comunicativa, alegre, bem receptiva. No final da conversa mais ou menos 16:00 horas, seu esposo chegou e conversamos um pouco. A cliente pediu telefone para contato, foi fornecido. Orientada para quando for no centro e que o passeio for demorado levar algum lanche ou aproveitar a caminhada e o jejum para comer algo do seu gosto como caldo de cana, bolo ou coca-cola. Desde que seja em quantidade moderada. Foi levado cartazes e explicado sobre a fisiologia da alimentação, função da insulina, que poderia comer todos os nutrientes naturais, desde que em quantidade moderada e evitar o açúcar refinado. Explicado sobre os sintomas e sinais de hipoglicemia e hiperglicemia, quando ocorrem e o que fazer.</p> <p>A - De acordo com a glicemia e relato da cliente, esta pareceu consciente da necessidade de um regime alimentar com ausência de gordura e açúcar. Pareceu satisfeita com a vi</p>

 <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA</p> <p>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</p> <p>EVOLUÇÃO DO PACIENTE</p>	<p>ARS</p>
--	------------

[illegible]



